



# Envelhecimento Humano

**tecnologias e biopsicologia do  
processo envelhecer**

**Charise Dallazem Bertol  
Lia Mara Wibeling  
Milena Uriarte Fauro  
(org.)**

  
**UPF**

EDITORA

  
**UPF**

**PPGEH**  
Programa de Pós-Graduação  
em Envelhecimento Humano  
**Instituto da Saúde - IS**

SÉRIE

Envelhecimento  
Humano

**10**



UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO

*Bernadete Maria Dalmolin*  
Reitora

*Edison Alencar Casagrande*  
Pró-Reitor Acadêmico

*Antônio Thomé*  
Pró-Reitor de Planejamento e Desenvolvimento  
Institucional

### **UPF Editora**

#### **Editora**

*Janaína Rigo Santin*

#### **Revisão**

*Cristina Azevedo da Silva*

#### **Programação visual**

*Rubia Bedin Rizzi*

### **Conselho Editorial**

*Alvaro Sanchez Bravo* (Universidad de Sevilla)

*Andrea Michel Sobotka* (UPF)

*Andrea Oltramari* (Ufrgs)

*Carlos Ricardo Rossetto* (Univali)

*Edison Alencar Casagrande* (UPF)

*Fernando Rosado Spilki* (Fecvale)

*Gionara Tauchen* (Furg)

*Héctor Ruiz* (Uadec)

*Helen Treichel* (UFFS)

*Jaime Morelles Vázquez* (Ucol)

*Janaína Rigo Santin* (UPF)

*José C. Otero Gutierrez* (UAH)

*Luciana Ruschel dos Santos* (UPF)

*Luís Francisco Fianco Dias* (UPF)

*Luiz Marcelo Darroz* (UPF)

*Nilo Alberto Scheidmandel* (UPF)

*Sandra Hartz* (Ufrgs)

# Envelhecimento Humano

**tecnologias e biopsicologia do  
processo envelhecer**

Organizadoras

*Charise Dallazem Bertol*

*Lia Mara Wibelinger*

*Milena Uriarte Fauro*

n. 10

2023



SÉRIE	
Envelhecimento Humano	<b>10</b>

*Copyright© das organizadoras*

*Revisado pelos autores*

Revisão de textos

*Rubia Bedin Rizzi*

Projeto gráfico e diagramação e produção da capa

Este livro, no todo ou em parte, conforme determinação legal, não pode ser reproduzido por qualquer meio sem autorização expressa e por escrito do(s) autor(es). A exatidão das informações e dos conceitos e as opiniões emitidas, as imagens, as tabelas, os quadros e as figuras são de exclusiva responsabilidade do(s) autor(es).

CIP – Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

---

E61    Envelhecimento humano [recurso eletrônico] : tecnologias e biopsicologia do processo envelhecer / Charise Dallazem Bertol, Lia Mara Wibeling, Milena Uriarte Fauro, (Org.). – Passo Fundo: EDIUPF, 2023.  
2300 KB : il. ; PDF. – (Envelhecimento humano, 10)

Inclui bibliografia.

Modo de acesso gratuito: [www.upf.br/upfeditora](http://www.upf.br/upfeditora)  
ISBN 978-65-5607-052-0 (E-book).

1. Envelhecimento. 2. Idosos - Aspectos sociais.  
3. Idosos - Aspectos psicológicos. 4. Idosos - Aspectos da saúde. 5. Gerontecnologia. I. Bertol, Charise Dallazem, org.  
II. Wibeling, Lia Mara, org. III. Fauro, Milena Uriarte, org.  
IV. Título.

CDU: 613.98

---

Bibliotecária responsável Juliana Langaro Silveira - CRB 10/2427



Campus I, BR 285, Km 292,7, Bairro São José  
99052-900, Passo Fundo, RS, Brasil  
Telefone: (54) 3316-8374

afiliada à



Associação Brasileira  
das Editoras Universitárias

# Sumário

Apresentação .....	8
1 Proposição de um protocolo pedagógico para pensamento computacional com foco nas funções neuropsicológicas de atenção e memória .....	14
<i>Emerson Rogério de Oliveira Jr.</i> <i>Henrique Teixeira Gil</i> <i>Adriano Pasqualotti</i>	
2 Mulher idosa: a feminização da velhice .....	28
<i>Kenia Johner</i> <i>Cristina Fioreze</i>	
3 O uso de tecnologias e ações do centro de referência de assistência social à população idosa na COVID-19 ....	44
<i>Marcia Liliane Barboza Kurz</i> <i>Silvana Alba Scortegagna</i>	
4 Efeitos da suplementação nutricional de pacientes em hemodiálise .....	57
<i>Vanessa Maria Bertoni</i> <i>Ana Luisa Sant' Anna Alves</i> <i>Adriano Pasqualotti</i>	

5	Sarcopenia em idosos internados em unidades de terapia intensiva: uma revisão sistemática da literatura.....	71
	<i>Andressa Schacht</i>	
	<i>Daiana Argenta Kumpel</i>	
	<i>Siomara Regina Hahn</i>	
6	Terapia da dignidade no âmbito dos cuidados paliativos.....	82
	<i>Alexandra Verardi Burlamaque</i>	
	<i>Silvana Alba Scortegagna</i>	
7	Relações entre os determinantes sociais da saúde e o sofrimento psíquico de mulheres idosas no âmbito rural.....	100
	<i>Ana Paula Prigol</i>	
	<i>Cristina Fioreze</i>	
8	Capacidade funcional em indivíduos com síndrome pós-COVID-19.....	114
	<i>Cristiele Batista Frese</i>	
	<i>Lia Mara Wibelinger</i>	
	<i>Rodolfo Herberto Schneider</i>	
9	Advento dos biossimilares e o impacto na saúde pública: conceitos, tecnologia de produção e benefícios.....	130
	<i>Elizane Langaro</i>	
	<i>Carla Rigon</i>	
	<i>Charise Dallazem Bertol</i>	

10	Experiência do usuário na prática de exergames: uma revisão da literatura.....	144
	<i>Juliana Rosa Nascimento</i> <i>Fabrizio Martin Pelle Perez</i> <i>Ana Carolina Bertolotti De Marchi</i>	
11	As formas de envelhecer: feminilidade e homossexualidade .....	158
	<i>Larissa Sasso Bernardi</i> <i>Cristina Fioreze</i>	
12	Espiritualidade e religiosidade no contexto de doença cardiovascular e estresse .....	173
	<i>Roselei Graebin</i> <i>Eduardo Pitthan</i> <i>Cleide Fátima Moretto</i>	
13	M-Health na assistência a saúde mental de pessoa idosa com depressão: relato de caso.....	190
	<i>Vanessa Fontana Rovani</i> <i>Willian Roger Dullius</i> <i>Silvana Alba Scortegagna</i>	
	Sobre os autores.....	204

## Apresentação

Os estudos voltados ao envelhecimento humano, numa visão interdisciplinar, é o que norteia o trabalho dos docentes e discentes do Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano (PPGEH) da Universidade de Passo Fundo (UPF), que tem como linhas de pesquisa a Gerontecnologia e os Aspectos biopsicossociais do Envelhecimento Humano. Dessa forma, nesta edição do livro, foi escolhida essa temática ampla e multiprofissional com capítulos que descrevem o processo de envelhecer.

O envelhecimento humano é um tema debatido mundialmente, e o aumento na expectativa de vida gerou mudanças nas pirâmides etárias (LINI et al., 2020). No caso do Brasil, as estimativas são de que pessoas idosas correspondam a mais de um quarto da população até o ano de 2060 (IBGE, 2021).

Por mais que ocorra de forma universal, o processo de envelhecimento é individual e heterogêneo, e se caracteriza por aspectos genéticos e ambientais acumulados ao longo da vida (hábitos de vida e meio onde está inserido)

(FERRUCCI et al., 2018). O envelhecimento biológico é uma consequência de uma grande variedade de danos moleculares e celulares que ao longo do tempo, ocasionam um declínio gradual das capacidades físicas e mentais (OMS, 2018), em uma relação mútua com fatores sociais, culturais, biológicos e psicológicos. (LINHARES et al., 2019).

A evolução das tecnologias na área da saúde, especialmente em relação às tecnologias digitais, e as mudanças de comportamento ocorridas no Brasil (MENDES et al., 2012), trazem aos idosos um certo temor em relação ao desconhecido, necessitando de um incentivo para iniciar este processo. A inclusão digital é entendida como um meio para melhoria da autonomia e da qualidade de vida dos idosos. Apesar dos desafios para adoção de novas tecnologias, os idosos se mostram dispostos a incluí-las e suas vidas (HEINZ et al., 2013), especialmente devido a possibilidade de comunicação e interação com os familiares e amigos (SALES; SOUZA; SALES, 2019). O envelhecimento saudável compreende continuar aprendendo para se adaptar às mudanças que ocorrem e adquirir habilidades para continuar ativo e produtivo (SÁ et al., 2019).

Neste livro são contemplados os vários aspectos relacionados ao processo de envelhecimento humano, no que tange as tecnologias e os aspectos biopsicosociais. Sinta-se convidado a percorrer as páginas deste livro que apresenta os seguintes textos:

O primeiro capítulo busca apresentar uma reflexão sobre as intervenções que podem minimizar o sofrimento biopsicossocial dos pacientes e seus familiares, através da “TERAPIA DA DIGNIDADE NO ÂMBITO DOS CUIDADOS PALIATIVOS” promovendo assim uma melhor qualidade de

vida e de morte. Uma vez que se percebe a escassez bibliográfica existente acerca desta temática, principalmente no Brasil.

Já no capítulo “RELAÇÕES ENTRE OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE E O SOFRIMENTO PSÍQUICO DE MULHERES IDOSAS NO ÂMBITO RURAL”, a abordagem é sobre o quanto a saúde é afetada ao longo da vida pelas características do contexto social.

No capítulo “ADVENTO DOS BIOSSIMILARES E O IMPACTO NA SAÚDE PÚBLICA: CONCEITOS, TECNOLOGIA DE PRODUÇÃO E BENEFÍCIOS” o objetivo foi discutir sobre o cenário destes medicamentos no Brasil e os seus impactos na saúde pública.

O capítulo “AS FORMAS DE ENVELHECER: FEMINILIDADE E HOMOSSEXUALIDADE” teve como objetivo refletir sobre a realidade do envelhecimento das mulheres lésbicas, a partir de um olhar no contexto brasileiro. Ao pensar sobre a velhice e sexualidade contemporaneamente, inaugura-se a possibilidade de questionamento acerca da estrutura social e como isto poderia implicar nesses sujeitos, circulando entre as vias possíveis.

A “ESPIRITUALIDADE E RELIGIOSIDADE NO CONTEXTO DE DOENÇA CARDIOVASCULAR E ESTRESSE” foi tema do próximo capítulo que faz uma discussão sobre a relação entre espiritualidade/religiosidade no contexto das DCV e do estresse, uma vez que as doenças cardiovasculares (DCV) são a causa mais frequente de mortes no mundo e o estresse psicossocial exerce um papel importante no desenvolvimento, nas complicações e no seu controle.

O capítulo “SARCOPENIA EM IDOSOS INTERNADOS EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA: UMA RE-

VISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA”, teve como objetivo identificar a presença e fatores associados a sarcopenia em idosos internados em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), uma vez que o organismo do paciente crítico sofre várias alterações que contribuem com este quadro.

Em outro capítulo intitulado “MULHER IDOSA: A FEMINIZAÇÃO DA VELHICE”, traz um estudo sobre o estado da arte da feminização da velhice a partir de uma pesquisa bibliográfica para mapear a produção acadêmica sobre esse assunto pelo viés de gênero e interseccionalidade, uma vez que as mulheres vivem uma média de sete anos a mais do que os homens.

O capítulo “O USO DE TECNOLOGIAS E AÇÕES DO CENTRO DE REFERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL À POPULAÇÃO IDOSA NA COVID-19” relata vivências com o uso das Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs), como meio de recurso dos profissionais da Política de Assistência Social à população idosa, durante a Covid-19.

O texto “CAPACIDADE FUNCIONAL EM INDIVÍDUOS COM SÍNDROME PÓS-COVID-19” contextualiza evidências acerca da capacidade funcional em indivíduos com Síndrome Pós-Covid19.

O capítulo sobre “EXPERIÊNCIA DO USUÁRIO NA PRÁTICA DE EXERGAMES: UMA REVISÃO DA LITERATURA” relata que apesar de expressar entusiasmo inicial com os *exergames*, os jogadores tendem a perder o interesse ao longo do tempo. Por isso, o estudo objetivou identificar e analisar estudos que abordassem a UX em *exergames*. Os *exergames* são jogos eletrônicos que captam e virtualizam os movimentos reais dos usuários.

O próximo capítulo “M-HEALTH NA ASSISTÊNCIA A SAÚDE MENTAL DE PESSOA IDOSA COM DEPRESSÃO: RELATO DE CASO” teve como objetivo descrever as contribuições de serviços de saúde mental para uma senhora idosa com depressão, por meio de dispositivos m-Health, durante a pandemia de COVID-19.

Organizadoras

## Referências Bibliográfica

FERRUCCI, L.; LEVINE, M.E.; KUO, P.L.; SIMONSICK, E.M. Time and the Metrics of Aging. *Circulation Research*, v. 123, n. 7, p. 740-744, 2018.

HEINZ, M.; MARTIN, P.; MARGRETT, J.A.; YEARNES, M.; FRANKE, W.; YANG, H.I.; WONG, J.; CHANG, C. K. Perceptions of technology among older adults. *Journal of Gerontological Nursing*, v. 39, n. 1, p. 42-51, 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Projeções e estimativas da população do Brasil e das Unidades da Federação*. 2021. Disponível em: <[https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html?utm\\_source=portal&utm\\_medium=popclock](https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html?utm_source=portal&utm_medium=popclock)>. Acesso em: 3 jun. 2021.

LINHARES, J. E.; PESSA, S. L. R.; BORTOLUZZI, S. C.; LUZ, R. P. da. Capacidade para o trabalho e envelhecimento funcional: análise Sistemática da Literatura utilizando o PROKNOW-C (Knowledge Development Process - Constructivist). *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, n. 1, p. 53-66, 2019.

LINI, E. V.; LIMA, A. P. de; CARDOSO, F. B.; PORTELLA, R. M.; DORING, M. R. Fatores associados à dependência para atividades instrumentais de vida diária: estudo caso-controlado com instrumental activities of daily living dependence in the elderly: a case-control study. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, n. 11, p. 4623-4630, 2020.

MENDES, A. DA C. G.; SÁ, D. A. De; MIRANDA, G. M. D.; LYRA, T. M.; TAVARES, R. A. W. Assistência pública de saúde no contexto da transição demográfica brasileira: exigências atuais e futuras. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 28, n. 5, p. 955-964, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde*. Disponível em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186468/6/WHO\\_FWC\\_ALC\\_15.01\\_por.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186468/6/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf)>. Acesso em: 6 nov. 2018.

SÁ, G.G.M.; SILVA, F.L.; SANTOS, A.M.R.; NOLÊTO, J.S.; GOUVEIA, M.T.O.; NOGUEIRA, L.T. Tecnologias desenvolvidas para a educação em saúde de idosos na comunidade: revisão integrativa da literatura. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 27, p. e3186, 2019.

SALES, M. B.; SOUZA, J. J.; SALES, A. B. Idosos, aplicativos e smartphone: uma revisão integrativa. *Revista Kairós: Gerontologia*, [S.l.], v. 22, n. 3, p. 131-151, 2019.

# 1

## Proposição de um protocolo pedagógico para pensamento computacional com foco nas funções neuropsicológicas de atenção e memória

*Emerson Rogério de Oliveira Jr.  
Henrique Teixeira Gil  
Adriano Pasqualotti*

### Introdução

Com o crescimento da população idosa, um desafio a ser enfrentado quando se busca a manutenção de um processo de envelhecimento saudável é a preservação das funções neuropsicológicas de atenção e memória. Neste sentido, desenvolver atividades que busquem retardar ou minimizar o declínio dessas funções se torna cada vez mais necessário. Entre as tarefas cotidianas, as atividades instrumentais solicitam recursos cognitivos mais sofisticados necessitando de atenção e memória (SILVA; SILVA, 2018). A manutenção das habilidades cognitivas constitui um dos fatores associados à saúde e à qualidade de vida no envelhecimento

(HERTZOG et al., 2008; SILVA et al., 2018). Neste contexto, atenção e memória devem ser constantemente exercitadas.

A atenção está ligada às habilidades perceptivas, de visão, audição, táteis, memória, afeto e nível de consciência. Os tipos de atenção que possuem maior relevância sobre as funções cognitivas, em especial a memória, são aquelas relacionadas às sensações de visão e de audição (OLIVEIRA; ALMEIDA; SILVA, 2018). Memória pode ser definida como sendo a aptidão que possibilita que a pessoa se lembre, permitindo se conhecer em um presente, que é produto de sua história passada e raiz de seu futuro. Ainda, a memória pode ser compreendida como o meio pelo qual uma pessoa recorre às suas experiências passadas a fim de usar essas informações no presente, tomando por base o fundamento do aprendizado (FLAKS, 2018). Tanto a atenção quanto a memória podem ser estimuladas através de exercícios cognitivos.

A estimulação cognitiva pode se dar através de atividades envolvendo aprendizagem. Neste contexto, apresenta-se o pensamento computacional (PC). Trata-se de um conjunto de habilidades e de atitudes aplicáveis que pode ser utilizado por qualquer pessoa. Envolve processos cognitivos com o objetivo de resolver problemas de forma eficiente e criativa (WING, 2006). A aplicação de ações de educação continuada, com foco em treinamento cognitivo, torna-se indicada para pessoas idosas. Alicerçada pelo pressuposto de que a educação ao longo da vida deve se constituir em um direito básico de todas as pessoas, independente de idade, habilitações, experiências e percurso profissional, com a salvaguarda de todas as condições necessárias e suficientes que lhes permitam a aquisição de saberes e competências para a construção contínua do seu desenvolvimento pessoal, social e profis-

sional (GIL, 2016). Para o desenvolvimento de ações de educação continuada pode ser empregado o PC. Trata-se de um conjunto de habilidades e de atitudes aplicáveis que permite que as pessoas possam se envolver com processos cognitivos objetivando a resolução de problemas de forma eficiente e criativa (ISBELL et al., 2009; WING, 2006).

## Desenvolvimento

Para a definição deste protocolo didático foram utilizados o PC, a taxonomia SOLO (*structure of the observed learning outcome*) e a teoria construtivista de Piaget. Salienta-se que a teoria construtivista de Piaget é a base deste protocolo didático, haja vista que se trata da teoria que embasa, tanto a SOLO quanto o PC. O PC apresenta quatro pilares: decomposição, reconhecimento de padrões, abstração e algoritmos. A decomposição é caracterizada por dividir um sistema ou um problema complexo em partes menores e mais facilmente gerenciáveis. O reconhecimento de padrões requer a procura de semelhanças entre e dentro dos problemas. A abstração considera o foco apenas nas informações importantes, ignorando detalhes irrelevantes. Os algoritmos caracterizam-se pelo desenvolvimento de uma solução, passo a passo, para o problema (CSIZMADIA et al., 2015). Para desenvolver o PC é necessário incorporar estratégias no processo de ensino, para que o aluno possa participar da construção do processo de forma flexível e criativa, podendo desfrutar dos benefícios da utilização das ferramentas educacionais como o Scratch<sup>1</sup> (BRACKMANN, 2017). Através do Scratch é possível auxi-

---

<sup>1</sup> Scratch é uma linguagem de programação criada pelo MIT (Massachusetts Institute of Technology), gratuita e que permite o desenvolvimento de histórias interativas, jogos e animações.

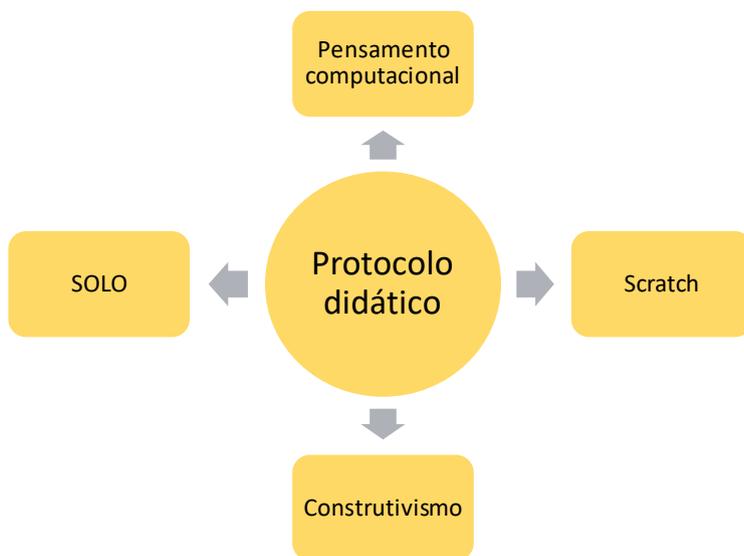
liar o ensino de programação e estimular o PC, haja vista ser uma ferramenta educacional que utiliza uma linguagem de programação visual por blocos lógicos, facilitando o ensino de programação (AMARAL; SILVA; PANTALEÃO, 2015).

A taxonomia SOLO fornece uma maneira sistemática de descrever como o desempenho do aluno evolui em complexidade ao dominar muitas tarefas acadêmicas. Neste sentido, para cada atividade de ensino existirá um ou mais resultados de aprendizagem esperados (BIGGS; TANG, 2011). Inserido no movimento chamado neopiagetiano, a SOLO se caracteriza por um sistema de categorias que tem como objetivo analisar a estrutura de respostas de alunos, visando identificar o tipo de pensamento demonstrado. Existem três itens que devem ser cuidadosamente definidos: os resultados de aprendizagem pretendidos (o que os alunos devem ser capazes de realizar após as atividades de ensino); as atividades de ensino (o que os professores devem executar) e as atividades de aprendizagem (o que os alunos fazem) (BIGGS; TANG, 2011).

O construtivismo se concentra no que as pessoas fazem com as informações para desenvolver o conhecimento. A aprendizagem é um processo através do qual os alunos “constroem” um novo significado. Em vez de uma única teoria, trata-se de um grupo de teorias que explica a aquisição de conhecimento e aprendizagem. Possui elos para outros campos, incluindo ciências sociais, filosofia, política e história, cada uma das quais reconhece que os alunos interpretam e fazem seu próprio sentido de experiência com as informações que recebem (JORDAN; CARLILE; STACK, 2008). Segundo Piaget, o conhecimento não está no sujeito nem no objeto, mas ele se constrói na interação do sujeito com o ob-

jeto, ou seja, na medida em que o sujeito interage com os objetos é que ele produz a capacidade de conhecer e produzir o próprio conhecimento (PERLIN; MACEDO; SILVEIRA, 2019). Na abordagem construtivista, o professor deve produzir situações que favoreçam a compreensão dos alunos, através da aplicação de uma metodologia educativa com esta finalidade (CARRETERO, 2003). A Figura 1 ilustra o relacionamento existente entre as diferentes teorias utilizadas na formação do protocolo didático.

Figura 1 – Relacionamento das teorias empregadas para a definição do protocolo didático



Fonte: Autores (2022).

A relação existente entre o PC e a teoria construtivista de Piaget pode ser identificada quando se analisa a abstração. Nas definições de PC, a abstração é destacada como sendo o elemento mais importante. O processo de abstração implica

decidir quais detalhes precisam ser destacados e quais podem ser ignorados. Trata-se da parte operacional de criar uma solução para um determinado problema. Piaget, quando trata das possibilidades do pensamento por procedimentos está pensando não só nessa abstração, mas nos efeitos e contribuições que ela pode trazer ao modo de pensar (ROCHA; BASSO; NOTARE, 2020). Considerando o exposto, o protocolo didático foi pensado compreendendo a elaboração de dez oficinas, prevendo a incorporação de SOLO, PC e Scratch (Quadro 1).

Quadro 1 – Protocolo didático

(continua...)

Aula 1 - Apresentação do tema e avaliação inicial	
Conteúdos	Apresentação do tema do protocolo didático a ser trabalhado e avaliação inicial de atenção e memória.
Objetivos	Apresentar a justificativa da atividade; indicar os ganhos esperados para os participantes; realizar a avaliação de atenção e memória dos participantes.
Atividades de ensino	Elencar os ganhos cognitivos através do uso de lógica de programação; apresentar a abordagem pedagógica a ser utilizada.
Atividades de aprendizagem	Motivar a participação nas atividades; desenvolver a curiosidade lógica.
Resultados pretendidos	Incentivar a participação dos alunos nas atividades propostas; melhorar o nível de atenção e memória dos alunos.
Aula 2 – Conceitos básicos	
Conteúdos	Conceitos básicos de programação.
Objetivos	Apresentar os conceitos básicos de programação; utilizar o software Scratch, considerando: Interface, bloco de evento, controle, movimento e aparência.
Atividades de ensino	Apresentar a interface do Scratch; implementar programas com os blocos de evento, controle, movimento e aparência; explicar a “Atividade de fixação 1”.
Atividades de aprendizagem	Desenvolver a curiosidade no Scratch; executar as tarefas da “Atividade de fixação 1”.
Resultados pretendidos	Conhecer as funcionalidades presentes nos diferentes blocos; exercitar a memorização e a atenção.
Aula 3 – Histórias animadas	

Conteúdos	Histórias animadas no Scratch.
Objetivos	Apresentar as etapas da criação de uma história envolvendo animação.
Atividades de ensino	Apresentar a interface do Scratch; implementar programas com os blocos de evento, controle, movimento e aparência; executar a “Atividade de fixação 2”.
Atividades de aprendizagem	Desenvolver a curiosidade no Scratch; acompanhar a execução da “Atividade de fixação 2”.
Resultados pretendidos	Aprender a criar o roteiro de uma história; desenvolver animações; exercitar a memorização e a atenção.
<b>Aula 4 – Criação individual de histórias animadas</b>	
Conteúdos	Criação individual de uma história animada.
Objetivos	Elaborar o roteiro de uma história; criar uma história animada no Scratch.
Atividades de ensino	Auxiliar os alunos, individualmente, nos procedimentos para a construção do roteiro de suas histórias.
Atividades de aprendizagem	Desenvolver a curiosidade no Scratch; montar o roteiro de sua história.
Resultados pretendidos	Desenvolver animações; criar uma pequena história no Scratch; exercitar a memorização e a atenção.
<b>Aula 5 – Criação individual de histórias animadas (continuação)</b>	
Conteúdos	Criação individual de uma história animada (continuação).
Objetivos	Criar o roteiro de uma história animada individualmente.
Atividades de ensino	Auxiliar os alunos, individualmente, nos procedimentos para a construção do roteiro de suas histórias.
Atividades de aprendizagem	Desenvolver a curiosidade no Scratch; programar sua história.
Resultados pretendidos	Desenvolver animações; criar uma pequena história no Scratch; exercitar a memorização e a atenção.
<b>Aula 6 – Criação individual de histórias animadas (continuação)</b>	
Conteúdos	Criação individual de uma história animada (continuação).
Objetivos	Completar a programação de sua história animada no Scratch.
Atividades de ensino	Auxiliar os alunos, individualmente, nos procedimentos para a construção do roteiro de suas histórias.
Atividades de aprendizagem	Desenvolver a curiosidade no Scratch; programar sua história.
Resultados pretendidos	Socializar sua história; resolver suas dúvidas com os colegas; exercitar a memorização e a atenção.
<b>Aula 7 – Criação em grupo de histórias animadas</b>	

Conteúdos	Criação em grupo de uma história animada.
Objetivos	Elaborar o roteiro de uma história; criar uma história animada no Scratch.
Atividades de ensino	Auxiliar os alunos, em grupo, nos procedimentos para a construção do roteiro de suas histórias.
Atividades de aprendizagem	Desenvolver a curiosidade no Scratch; montar o roteiro de sua história.
Resultados pretendidos	Desenvolver animações utilizando os blocos de programação apresentados; criar uma pequena história no Scratch; exercitar a memorização e a atenção.
<b>Aula 8 – Criação em grupo de histórias animadas (continuação)</b>	
Conteúdos	Criação, em grupo, de uma história animada (continuação).
Objetivos	Criar o roteiro de uma história animada em grupo.
Atividades de ensino	Auxiliar os alunos, em grupo, nos procedimentos para a construção do roteiro de suas histórias.
Atividades de aprendizagem	Desenvolver a curiosidade no Scratch; programar sua história.
Resultados pretendidos	Desenvolver animações utilizando os blocos de programação apresentados; criar o roteiro de uma pequena história, em grupo; exercitar a memorização e atenção.
<b>Aula 9 – Criação em grupo de histórias animadas (continuação)</b>	
Conteúdos	Criação, em grupo, de uma história animada (continuação).
Objetivos	Completar a programação da história animada no Scratch.
Atividades de ensino	Auxiliar os alunos, em grupo, nos procedimentos para a construção do roteiro de suas histórias.
Atividades de aprendizagem	Desenvolver a curiosidade no Scratch; programar sua história.
Resultados pretendidos	Desenvolver animações utilizando os blocos de programação apresentados; criar o roteiro de uma pequena história, em grupo; exercitar a memorização e atenção.
<b>Aula 10 – Encerramento</b>	
Conteúdos	Avaliação final dos alunos; encerramento da sequência didática.
Objetivos	Realizar a avaliação de atenção e memória dos participantes; encerrar a sequência pedagógica.
Atividades de ensino	Rever os conteúdos trabalhados, através de uma roda de discussão; resolver eventuais pendências no aprendizado.
Atividades de aprendizagem	Entender que o processo de pensamento computacional acarreta ganhos relacionados à atenção e à memória.
Resultados pretendidos	Verificar os resultados de memorização e atenção.

Fonte: Autores (2022).

A escolha por atividades envolvendo a criação de histórias animadas se deve ao fato de que, para a pessoa idosa, poder contar suas histórias, encontrar ouvidos que as ouçam são extremamente importantes porque o vínculo com outra época, a consciência de ter suportado, compreendido muita coisa, traz para a pessoa idosa, alegria e uma ocasião de mostrar sua competência (BOSI, 1987). Por sua vez, a possibilidade de contar histórias utilizando um meio digital se configura em uma boa ferramenta que vem sendo usado com adultos mais velhos para promover a interação social, estimulando a memória autobiográfica e a comunicação com os familiares e facilitando a autoexpressão (RINCON et al., 2022).

A presença dos pilares do PC, na condução das atividades constantes do protocolo didático, é verificada a partir de quatro pressupostos: a) Abstração: para cada atividade a ser realizada no Scratch, será feito um desenho, no quadro branco indicando, entre o início e o final da atividade, as demais etapas, de forma bem genérica; b) Reconhecimento de padrões: o quadro branco, identificar os padrões (semelhanças) do problema a ser atendido na atividade; c) Decomposição: no quadro branco, dividir o problema a ser atendido na atividade em partes menores e mais facilmente gerenciáveis; d) Algoritmo: no Scratch, desenvolvimento de uma solução, passo a passo, identificando as regras que devem ser empregadas para a resolução do problema apresentado na atividade. A atividade de fixação 1 do protocolo didático está ilustrada a seguir (Figura 2).

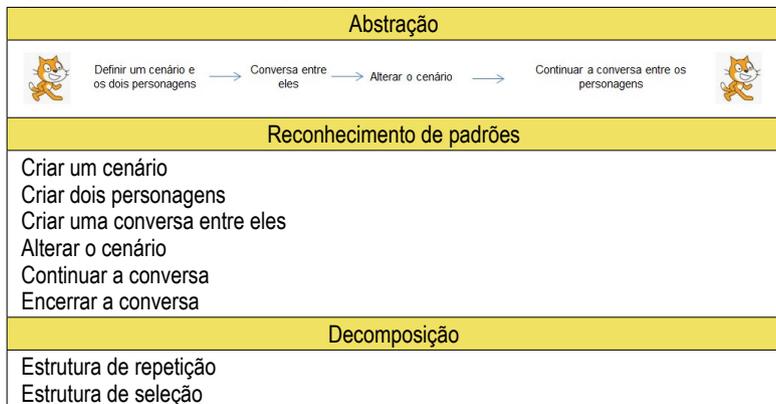
Figura 2. Atividade de fixação 1 do protocolo didático

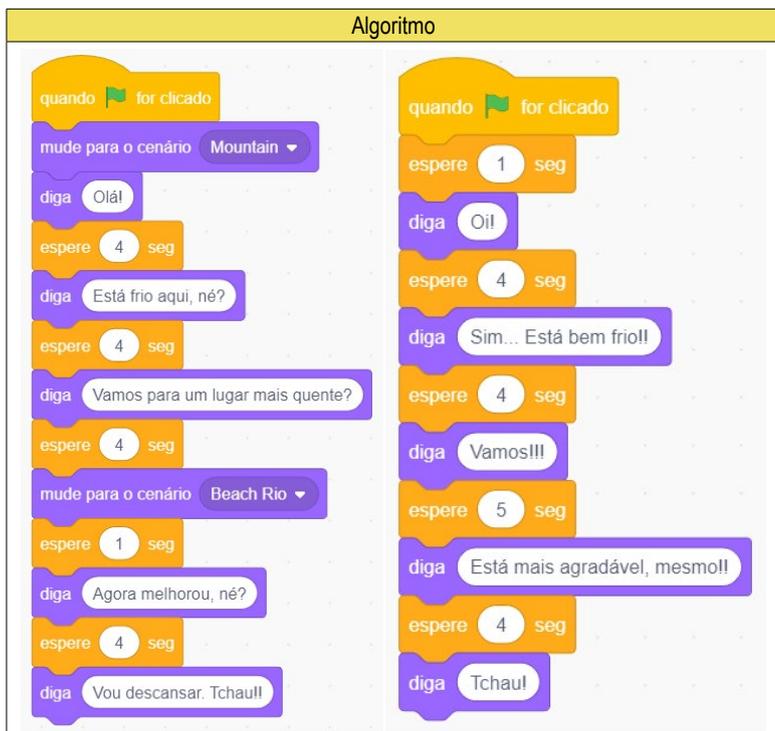
Abstração
Reconhecimento de padrões
Repetir por 5 vezes: mover 10 passos e esperar 5 segundos Trocar de traje Perguntar Responder
Decomposição
Estrutura de repetição Estrutura de seleção
Algoritmo

Fonte: Autores (2022).

O objetivo da atividade de fixação 1 é fazer o personagem se mover dez passos e, após esperar cinco segundos, definir o comando para repetir a sequência por cinco vezes seguidas. Após, foi incluindo um comando para trocar o traje do personagem, perguntando para ele o seguinte: “Como está hoje?”. Se a resposta for “Bem!” ou “Feliz!”, será exibida a seguinte frase: “Que bom!”; caso a resposta seja outra, a frase exibida será “Vai melhorar!”. A atividade de fixação 2 do protocolo didático está ilustrada a seguir (Figura 3).

Figura 3 – Atividade de fixação 2 do protocolo didático





Fonte: Autores (2022).

O objetivo da atividade de fixação 2 é desenvolver o roteiro de uma pequena estória, que deve conter dois cenários com dois personagens conversando entre si. Em algum momento da conversa entre os personagens ocorre a mudança de cenário.

## Agradecimento

Este estudo foi financiado pelo Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul (IFRS), Brasil.

## Considerações Finais

O pensamento computacional é um mecanismo poderoso para a proposição de atividades cognitivas para pessoas idosas. A definição de um protocolo didático, com foco na estimulação das funções neuropsicológicas de atenção e memória, tem como objetivo melhorar os processos cognitivos relacionados a essas funções. Acreditamos que a utilização do pensamento computacional facilita a execução de atividades do dia a dia, permitindo reflexão crítica inerente à tomada de decisões realizadas pelas pessoas idosas.

## Referências Bibliográficas

AMARAL, L.; SILVA, G.; PANTALEÃO, E. Plataforma Robocode como Ferramenta Lúdica de Ensino de Programação de Computadores - Pesquisa e Extensão Universitária em Escolas Públicas de Minas Gerais. In: Simpósio Brasileiro de Informática na Educação, Maceió, *Anais do XXVI Simpósio Brasileiro de Informática na Educação (SBIE 2015)*, 2015, p. 200-208.

BIGGS, J.; TANG, C. *Teaching for Quality Learning at University*. 4th ed. England: McGraw-Hill, 2011.

BOSI, E. *Memória e Sociedade – Lembranças de Velhos*. São Paulo: Quieroz, 1987.

BRACKMANN, C. P. *Desenvolvimento do pensamento computacional através de atividades desplugadas na educação básica*. 2017. Tese (Doutorado em Informática da Educação) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017.

CARRETERO, M. *Construtivismo e Educação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2003.

CSIZMADIA, A. et al. *Computational thinking – a guide for teachers*. Disponível em: <<https://community.computingatschool.org.uk/resources/2324/single>>. Acesso em: 18 ago. 2022.

FLAKS, M. K. Memória e seus subsistemas. In: SANTOS, F. et al. (eds.) *Estimulação Cognitiva para Idosos - ênfase em memória*. Rio de Janeiro: Atheneu, 2018, p. 35-40.

GIL, H. Educação gerontológica na contemporaneidade: a gerontologia, as universidades de terceira idade e os nativos digitais. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, Passo Fundo, v. 12, n. 3, p. 212-233, 2016.

HERTZOG, C. et al. Enrichment Effects on Adult Cognitive Development: Can the Functional Capacity of Older Adults Be Preserved and Enhanced? *Psychol Sci Public Interest*, v. 9, n. 1, p. 1-65, 2008.

ISBELL, C. et al. (re)defining computing curricula by (re)defining computing. *ACM SIGCSE Bulletin*, v. 41, n. 4, p. 195-207, 2009.

JORDAN, A.; CARLILE, O.; STACK, A. *Approaches to Learning: a guide to teachers*. NY: McGraw-Hill, 2008.

OLIVEIRA, E. M.; ALMEIDA, E. B.; SILVA, T. B. L. Foco atencional e o processo de envelhecimento. In: SANTOS, F. et al. (eds.) *Estimulação Cognitiva para Idosos – ênfase em memória*. Rio de Janeiro: Atheneu, 2018, p. 55-60.

PERLIN, R.; MACEDO, R. T.; SILVEIRA, S. R. Uma abordagem construtivista no ensino de algoritmos e lógica de programação com o auxílio de uma ferramenta gamificada. *E-xacta*, Belo Horizonte, v. 12, n. 1, p. 29-43, 2019.

RINCON, A. et al. Digital storytelling in older adults with typical aging, and with mild cognitive impairment or dementia: a systematic literature review. *Journal of Applied Gerontology*, v. 41, n. 3, p. 867-880, 2022.

ROCHA, K.; BASSO, M.; NOTARE, M. Aproximações teóricas entre pensamento computacional e abstração reflexionante. *Renote*, Porto Alegre, v. 18, n. 2, p. 581-590, 2020.

SILVA, H.; SILVA, T. Saúde cognitiva e promoção do envelhecimento cognitivo bem-sucedido. In: SANTOS, F. et al. (eds.) *Estimulação cognitiva para idosos – ênfase em memória*. Rio de Janeiro: Atheneu, 2018, p.9-14.

SILVA, T. et al. envelhecimento demográfico e cognitivo e a funcionalidade da população brasileira. In: SANTOS, F. et al. (eds.) *Estimulação cognitiva para idosos – ênfase em memória*. Rio de Janeiro: Atheneu, 2018, p. 1-8.

WING, J. M. Computational thinking. *Communications of the ACM*, v. 49, n. 3, p. 33-35, 2006.

# 2

## Mulher idosa: a feminização da velhice

*Kenia Johner  
Cristina Fioreze*

### Introdução

O Brasil passa por um progressivo e rápido processo de envelhecimento populacional. A cada ano cresce o número de pessoas com mais de 60 anos e aumenta a proporção de pessoas idosas sobre a população total. Em 2010, havia 20 milhões de idosos, correspondendo a 10,8% da população brasileira. No ano de 2018, havia 28 milhões de idosos (13% da população) (IBGE, 2010). No ano de 2043, o número de pessoas idosas deve chegar a um quarto da população (25,5%) segundo a Projeção da População divulgada em 2018 pelo IBGE.

Uma das características desse processo de envelhecimento é o aumento de mulheres na população idosa. Com relação à proporção entre os sexos, tem-se que os homens de 60 anos ou mais de idade correspondiam a 5% da população, em 2010, e as mulheres, a 6%; já no ano de 2018, os homens dessa faixa etária correspondiam a 6,8%, e as mulheres, a 8,6% (IBGE, 2018). As mulheres vivem uma média de sete anos a mais do que os homens. Dados da tábua de mortalidade indicam que os homens possuem uma expectativa de vida de 72,8

anos, e as mulheres, uma expectativa de vida de 79,9 anos (IBGE, 2018). As discussões acerca do envelhecimento apontam as repercussões de gênero no processo, uma vez que a velhice afeta diferenciadamente homens e mulheres (MEIRA, 2017; OLIVEIRA, 2018; SOARES, 2021; TAVARES, 2018).

Para compreender a amplitude desse fenômeno é necessário entender o processo como não homogêneo e relacionado às atribuições de papéis sociais distintos. Segundo Zanello et al. (2015, p. 544):

A velhice deve ser compreendida a partir dos diversos contextos sociais, culturais e políticos em que ela se insere e através dos quais ela é interpretada. Assim, dentro de uma mesma sociedade como a nossa, encontramos no fenômeno do envelhecimento especificidades importantes no que tange a diferenças raciais, de gênero e de classe econômica que dão a este processo determinadas facetas.

Vale ressaltar que esse levantamento se pauta na teorização da interseccionalidade, que conforme Kyrillos (2020) é uma ferramenta que consegue avaliar contextos e teorias, levando-se em consideração uma perspectiva que considere as intersecções entre outras categorias além do gênero, conseguindo lidar com mais de uma forma de opressão e discriminação simultaneamente presentes (KYRILLOS, 2020). Desta forma, os processos discriminatórios

[...] não são compreendidos isoladamente, nem se propõem a uma mera adição de discriminações, mas sim, abraça-se a complexidade dos cruzamentos dos processos discriminatórios e a partir daí se visa compreender as condições específicas que deles decorrem (KYRILLOS, 2020, p.1).

Sendo assim, este capítulo possui o objetivo de identificar o estado da arte sobre o gênero como uma variável que age de maneira determinante no envelhecimento e investigar os outros aspectos significativos das experiências de envelhecimento e suas possíveis fronteiras do conhecimento. Objetiva também

compreender a potencialidade da interseccionalidade no intuito de visibilizar situações de opressão e desigualdades sociais.

## Desenvolvimento

Para elaboração da presente revisão, foram utilizadas as seguintes etapas: formulação da questão de pesquisa; seleção dos artigos e estabelecimento dos critérios de inclusão; obtenção dos artigos que constituíram a amostra; avaliação dos artigos; interpretação dos resultados e apresentação da revisão.

Para a primeira etapa elaborou-se a seguinte questão norteadora: quais são as evidências científicas publicadas nos últimos seis anos que abordam os fatores relacionados à feminização da velhice sob a perspectiva de gênero e interseccionalidade? A segunda etapa constituiu-se na busca dos artigos, em março de 2021, de forma on-line, utilizando o marcador booleano AND e OR entre os descritores controlados cadastrados nos Descritores em Ciências da Saúde (DECS) e na *Medical Subject Headings (MeSHTerms)*, conforme: feminização da velhice, gênero, interseccionalidade.

Foram estabelecidos como critérios de inclusão: estudos que abordassem a feminização da velhice diante da perspectiva de gênero e interseccionalidades, em português. Foram excluídos aqueles estudos que se encontravam repetidos nas bases pesquisadas. No presente estudo optou-se pela utilização dos artigos classificados nos níveis A1, A2, B1 e B2, de acordo com o qualis vigente até o ano de 2022, conforme Quadro 1. Na quarta etapa, os artigos foram lidos crítica e exaustivamente, sendo separados em três eixos temáticos que convergiam pela similaridade dos seus resultados, são eles: gênero e violência contra a mulher, trabalho e cuidado, interseccionalidade e sexualidade, totalizando 17 artigos conforme Quadro 1.

Quadro 1 – Artigos que compuseram os dados do estado da arte (n=17)

Referência	Título	Periódico	Qualis
ZANELLO et al., 2015	Saúde Mental, Gênero e Velhice na Instituição Geriátrica	Psicologia: teoria e pesquisa	A1
ALMEIDA et al., 2016	A Feminização da Velhice: em foco as características socioeconômicas, pessoais e familiares das idosas e o risco social	Textos & Contextos (Porto Alegre)	B1
DEBERT, 2016	Entrelaçando gênero, sexualidade e curso da vida: apresentação e contextualização	Sociedade e Cultura	B2
MEIRA et al., 2017	Vivências de mulheres cuidadoras de pessoas idosas dependentes: orientação de gênero para o cuidado	Escola Anna Nery	B1
HENNING, 2017	Gerontologia LGBT: velhice, gênero, sexualidade e a constituição dos “idosos LGBT”	Horizontes Antropológicos	A1
ELOI et al., 2017	Intersecções entre envelhecimento e sexualidade de mulheres idosas	Saúde e Transformação Social	B1
OLIVEIRA, 2018	Sentidos de sexualidade entre mulheres idosas: relações de gênero, ideologias mecanicistas e subversão	Psicologia & Sociedade	B2
TAVARES, 2018	Sobre amor, sexo e proteção social: traçados de classe, gênero e geração	Revista de Políticas Públicas	B2
GROSSI, 2018	Mulheres quilombolas, violência e as interseccionalidades de gênero, etnia, classe social e geração	Revista de Políticas Públicas	B2
LINS, 2018	A feminização da velhice: representação e silenciamento de demandas nos processos conferencistas de mulheres e pessoas idosas	Mediações - Revista de Ciências Sociais	B2
HIRATA, 2018	Classe, gênero, raça e movimentos sociais: a luta pela emancipação	Revista de Políticas Públicas	B2
HIRT et al., 2018	Representações sociais da violência contra mulheres rurais para um grupo de idosas	Revista Gaúcha de Enfermagem	B1
FERREIRA, 2019	Cartografias do envelhecimento em contexto rural: notas sobre raça/etnia, gênero, classe e escolaridade	Trabalho, Educação e Saúde	B1
VIEIRA, 2020	Isolamento social e o aumento da violência doméstica: o que isso nos revela?	Revista Brasileira de Epidemiologia	B1
HIRATA, 2020	Comparando relações de cuidado: Brasil, França, Japão	Estudos Avançados	B1
KYRILLOS, 2020	Uma Análise Crítica sobre os Antecedentes da Interseccionalidade	Revista de Estudos Feministas	A1
SOARES, 2021	O silêncio da sexualidade em idosos dependentes	Ciência & Saúde Coletiva	B1

Fonte: Autores (2022).

## Gênero e violência contra a mulher

Os diferentes papéis e valores estabelecidos para a identidade masculina e femininas ditados pela sociedade criam diferentes esferas, em que certos hábitos e características são socialmente aceitos para determinado sexo em detrimento a outro. Esses papéis são comumente embasados em uma lógica de submissão feminina e, de acordo com Oliveira (2018), “esses sentidos podem interferir e legitimar a forma de uma pessoa comportar-se e o que ela deve negar em si para enquadrar-se nos modelos socialmente construídos”.

Assim, apesar de serem a maioria na população e apresentarem maior expectativa de vida, as mulheres idosas somam, no curso de suas vidas, uma série de desvantagens que levam a diferentes desfechos na velhice (CRIMMINS, 2018). Essas diferenças no desempenho da identidade de gênero se acentuam na medida em que elas envelhecem e também as impelem a continuar exercendo esse mesmo papel quando pessoas idosas, em diferentes contextos: estado conjugal (ALMEIDA et al., 2015), sexualidade (OLIVEIRA et al., 2018), trabalho e cuidado (DEBERT, 2016; MEIRA, 2017).

Oliveira (2018) afirma que:

Embora tenha ocorrido, nas últimas décadas, o franco declínio do paradigma patriarcal, ele orientou inúmeras gerações de mulheres, que hoje se apresentam com mais idade, submetendo-as ao disciplinamento, à repressão sexual e social, limitando-as quanto à escolaridade, com restrições ao seu corpo e à sua sexualidade, ao acesso e permanência ao mercado de trabalho, marcadas pela aparente negação de interesse e capacidade para a política (OLIVEIRA, 2018, p. 04).

Diante desse cenário, as mulheres idosas podem sofrer diferentes tipos de preconceitos e violências — tanto vela-

damente quanto de maneira explícita — as quais são muitas vezes invisibilizadas e sustentadas por essa estrutura historicamente construída e alimentada. É importante que compreendamos que a violência contra a mulher não se resume ao aspecto físico. Conforme expresso na Lei Maria da Penha (Lei 11.340/2006, artigo 5º), deve ser compreendida como violência contra a mulher “qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial” (BRASIL, 2006).

Estudos como o de Hirt (2018) evidenciam as mulheres idosas como aquelas que não percebem que estão sendo violentadas.

Ao não ser compreendida como uma violência, passa a ser banalizada e naturalizada pelas idosas, haja vista que tal evento se mostra como um fenômeno corriqueiro, introjetado ao seu cotidiano e que passa muitas vezes despercebido (HIRT, 2018, p. 04).

A violência contra a mulher é um problema mundial de saúde pública, tendo como consequência mais grave o feminicídio. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), em todo mundo, cerca de uma (1) em três (3), ou 35% das mulheres, vivenciam violência sexual por um parceiro íntimo, ou de não parceiro. Além disso, 30% de todas as mulheres que estiveram em um relacionamento sofreram violência física e/ou sexual pelo parceiro íntimo. Mundialmente, até 38% dos assassinatos de mulheres são cometidos por parceiros íntimos (WHO, 2017).

No Brasil, a incidência da violência contra a mulher tem aumentado anualmente, e os números se elevaram vertiginosamente desde o início da pandemia da COVID-19. Segundo a Ouvidoria Nacional dos Direitos Humanos (ONDH), do Mi-

nistério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (MM-FDH), entre os dias 1º e 25 de março, mês da mulher, houve um crescimento de 18% no número de denúncias registradas pelos serviços Disque 100 e Ligue 180 em relação a 2019 (VIEIRA, 2020). Somente no Estado de São Paulo, em 2020, houve um aumento de 138% nos casos de feminicídio em comparação com o primeiro trimestre de 2018 e de 38% em comparação com o mesmo período de 2019 (BRASIL, 2020).

## Gênero e raça

Os desafios encontrados pelas mulheres no seu processo de envelhecimento nem sempre são totalmente conhecidos, pois a maioria dos estudos sobre o tema não considera o entrecruzamento de fatores associados às identidades sociais. Nos estudos organizacionais, a interseccionalidade tem se concentrado em uma ou outra categoria de análise, como: classe e escolaridade (ALMEIDA, 2015; FERREIRA, 2019; TAVARES 2018); sexualidade (DEBERT, 2016; ELOI 2017; HENNING, 2017), raça/etnia (GROSSI, 2018). Dessa forma, a teorização da interseccionalidade interessa aos estudos da feminização do envelhecimento no que tange analisar as múltiplas opressões vivenciadas pelas mulheres que impactam na sua velhice.

Estudo de caráter quali-quantitativo (FERREIRA, 2019), em uma amostra de 500 sujeitos (n = 250 homens; n = 250 mulheres) com 60 anos e mais, usuários do Sistema Único de Saúde e residentes na zona rural de uma cidade de porte médio, no interior do estado de São Paulo, Brasil, teve o intuito de descrever e analisar as condições sociais gerais desses idosos, corroborando desigualdades em termos

de gênero e raça/etnia. Conforme a pesquisa, as mulheres autodeclaradas pretas são mais vulneráveis do ponto de vista econômico e de escolaridade, em relação às mulheres autodeclaradas brancas e aos homens autodeclarados brancos ou pretos na mesma faixa etária.

Do mesmo modo, Grossi et al. (2018), em estudo recente sobre mulheres quilombolas, constataram uma estrutura social marcada por assimetrias de gênero, raça/etnia e geração, onde estes sujeitos não possuem sua cultura e tradição valorizadas, e conseguem se inserir no mercado de trabalho de forma precária e lutam ainda pelo direito à titulação de suas terras e a garantia de acesso aos seus direitos de cidadania.

Abordar a temática da interseccionalidade diz respeito a entender suas raízes, tensões e imbricações que produzem e reproduzem desigualdades, mas também permite entender resistências e elaborar estratégias de confronto dessas configurações que acompanham o aumento da expectativa de vida da população brasileira.

## Sexualidade

A vida sexual de pessoas idosas é permeada por muitos tabus e preconceitos. De acordo com o gênero, percebe-se diferenças na valorização e no exercício da sexualidade.

Oliveira (2018), em estudo realizado com mulheres idosas, percebeu que os sentidos de sexualidade atribuídos por essas mulheres — sexo como obrigação e a sexualidade vinculada ao corpo saudável para viver a sexualidade, culpando a doença — podem estar pautados em relações socialmente construídas pelos modelos de gênero, implicando diretamente no desejo sexual e em ideologias mecanicistas produzidas

pelo sistema capitalista seguindo a ideia de “corpo improdutivo”. Outro aspecto importante a considerar é que mesmo as idosas que evocam ainda sentir desejo sexual não se permitem vivenciar novas experiências. No caso em estudo, fica claro que os estereótipos sociais e a pressão que exercem podem ter influenciado para que essas mulheres não pudessem vivenciar sua sexualidade livremente.

De acordo com Soares (2021), em estudo de abordagem qualitativa realizado com 26 idosos, homens idosos conferem importância para a potência sexual, e mulheres idosas consideram natural a cessação da vida sexual na velhice. Os idosos do sexo masculino enunciam um conceito de sexualidade pautado na satisfação biológica e no ato sexual, enquanto as mulheres valorizam mais a parceria, o afeto e o carinho. Esse tratamento assimétrico é verificado por Zanello (2015), quando, por entrevistas baseadas em questionário semiestruturado com 18 idosos, percebeu que as relações amorosas foram mais enfatizadas e recorrentes no discurso das idosas. Para as mulheres, essas relações apareceram marcadas, sobretudo, pela fidelidade e ausência de relações após a morte do marido (78%). Em contrapartida, a fidelidade e a exclusividade nas relações amorosas não apareceram na fala dos homens. Ao contrário, foi possível perceber poucas falas que se remetiam a um grande amor. Por outro lado, para eles, o tema em questão fez surgir queixas relacionadas à ausência de sexo.

No que diz respeito ao entrelaçamento de sexualidades, envelhecimento e geração, as pesquisas sobre indivíduos idosos com práticas homossexuais e homoeróticas têm se desenvolvido recentemente. Henning (2017) apresenta um olhar sobre as investigações dos processos de envelhecimentos de

lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros e conclui que, no que concerne ao campo da homossexualidade feminina e envelhecimento de travestis, as pesquisas são mais escassas, porém com potencial de crescer exponencialmente.

## Trabalho e cuidado

Da perspectiva do contexto de trabalho, a literatura demonstra que diferentes mulheres enfrentam as dificuldades atreladas ao preconceito de idade. A pesquisa realizada por Almeida (2015), de caráter exploratório-descritivo, sinalizou que apesar de a mulher idosa possuir baixa renda, são elas que muitas das vezes contribuem com a renda familiar, ajudando filhos ou dependentes. Somadas à baixa escolaridade, as oportunidades de trabalho onde as mulheres eram inseridas, estavam ligadas a atividades domésticas, como serviços gerais, costuras e educação de crianças, consideradas como uma extensão do trabalho que desenvolvido no lar.

No mercado de trabalho, as mulheres idosas estão concentradas em ocupações que tendem a ser de pior qualidade, baixos salários, menor proteção da legislação trabalhista e previdenciária, menos perspectivas de crescimento na carreira, assim reafirmando a ideia de segregação ocupacional e da divisão de gêneros (ALMEIDA et al., 2015). Essa realidade pode causar consequências como risco social devido às limitações sofridas pelo baixo nível de escolaridade, considerada limitadora de sonhos e planos. A realização do cuidado a membros da família que dão por vezes, à mulher idosa, a sensação de aprisionamento, a dependência financeira, a solidão que ocorre por muitas vezes devido à viuvez e a maior incidência de doenças crônicas (ALMEIDA et al., 2015).

Outro aspecto a ser observado é o caso das mulheres que assumem as ações primárias de cuidar dos familiares. O estudo de Meira (2017) parte da hipótese central de que as vivências em relação ao cuidado se fundamentam especialmente nos aspectos identitários do cuidado, que entendem a identidade de gênero feminino predisposto especialmente para o labor do cuidado. Conforme Meira (2017), a responsabilidade de cuidar da pessoa idosa dependente em convivência familiar recai prioritariamente sobre a mulher, sendo filha ou cônjuge, a que tem mais idade e esteve mais próxima na coabitação em espaço doméstico. A mulher cuidadora não planeja para si o ato de cuidar, porém, o entende como o cumprimento de uma obrigação, sendo que essa obrigação poderá ser tão imposta quanto voluntária. Conforme Hirata (2018; 2020), há poucas mulheres na construção civil, na aviação, na mineração, e há poucos homens em creches, no trabalho doméstico e de cuidados e entre professores primários. As mulheres continuam a realizar majoritariamente o trabalho de cuidado e segundo a mesma

[...] provavelmente, a tendência será de continuar assim, na medida em que se trata de um trabalho em grande parte precário, com baixos salários, pouco reconhecido e pouco valorizado (Hirata, 2020, p. 25).

Essa realidade parece encontrar explicação no fato de que se rejeita a ideia de que o gênero masculino possa exercer o labor do cuidado, realizado tradicional e gratuitamente na esfera doméstica e familiar pelas mulheres.

## Novas necessidades e estratégias

Através de estudos que se dedicam à temática da feminização da velhice, é possível afirmar que as complicações

associadas a essa realidade estão relacionadas ao fato de que o modo de envelhecimento das atuais gerações de mulheres é complexo e fortemente marcado pelos estereótipos de gênero que prevalecem em suas vidas.

A discriminação contra as mulheres idosas está arraigada na sociedade, e os preconceitos e estereótipos não serão rapidamente desconstruídos. Assim, a concretização dos direitos da mulher demanda, além de ações do Estado, a participação da sociedade, pois as leis não bastam para mudar esse contexto cultural que legitima e naturaliza a sujeição feminina.

Lins (2018, p. 460) destaca que “é necessário que os movimentos feministas e de mulheres e também os movimentos de pessoas idosas estejam atentos às diferenças que são conformadoras a partir de uma desigualdade ainda estrutural”, pois “também podem configurar-se como espaços de aprendizagem, dando visibilidade a determinadas questões e pautas”. Lins continua:

Apesar de as conferências de políticas públicas não serem espaços com capacidade de implementação de políticas, elas são espaços que produzem agendas que podem e são incorporadas, em alguns casos, na agenda de decisão dos governos (LINS, 2018, p. 462).

Para Almeida, essa realidade merece atenção especial e ressalta que:

A busca de ações que visem minimizar as desigualdades sociais e culturais existentes, deve considerar as idosas de hoje e, também, todos os que se tornarão parte da população idosa no futuro. Assim, uma ação importante é o incentivo à educação ao longo da vida, que pode diminuir as desigualdades em termos financeiros, aumentando o acesso ao mercado de trabalho, bem como o acesso aos direitos dos idosos e seu conhecimento, entre outros aspectos (ALMEIDA, 2015, p. 130).

Ações que impulsionem o envelhecimento ativo e com qualidade de vida são importantes para isso. Segundo Ferreira (2019, p. 247),

Intervir frente às diversas demandas que implicam o envelhecer para a mulher, com enfoque na implementação de projetos que visem a elaboração de Linhas de Cuidado específicas, bem como na gestão de programas de cuidados prolongados e equipamentos de atenção à saúde da mulher, orientação para o autocuidado, prevenção contra a violência e atitudes discriminatórias, incentivo a participação social e cidadania, fortalecimento das políticas públicas sociais e de saúde já existentes e prospecção de novas políticas afirmativas de direitos.

A categoria interseccionalidade capta outras violências estruturais que coadunam para tornar a vida das mulheres ainda mais difícil. Nesta perspectiva, o Estado e a sociedade civil têm papel fundamental e um grande desafio a desempenhar, no sentido de gerar discussões acerca da perspectiva de gênero e velhice de maneira articulada e traçar estratégias de enfrentamento às discriminações e violências contra a mulher idosa, percebendo as múltiplas necessidades experimentadas por este segmento da população.

## Considerações Finais

O envelhecimento populacional é uma problemática atual, predominantemente feminino e heterogêneo. Homens e mulheres apresentam diferenças consideráveis na forma como experienciam a velhice, e isso se dá devido às condições sócio-históricas e culturais. Nesse contexto, verifica-se habitualmente presença de desigualdades decorrentes de papéis sociais pré-definidos e dependendo do lugar social que se ocupa, o gênero é vivenciado de maneira diferente, isso porque a situação das mulheres, — em especial das mulhe-

res negras e de classes populares-, apresenta desafios adicionais para o acesso a direitos, que comprometem significativamente a qualidade de vida das mulheres quando idosas. A revisão permitiu identificar que a feminização do envelhecimento vem sendo alvo comum de pesquisas nas últimas décadas, porém, verificou-se uma lacuna no que se refere à temática da interseccionalidade.

Denota-se a importância da realização de estudos futuros que poderão proporcionar novos dados, para que se possa trazer de forma mais abrangente a discussão da interseccionalidade, pois é ela que permite pensar nas complexidades e nos imbricamentos das forças sociais, políticas e históricas que produzem os sujeitos e os processos de marginalização e exclusão, merecendo maiores investigações acerca dos seus determinantes, bem como de ações de intervenção.

## Referências Bibliográficas

ALMEIDA, A. V.; MAFRA, S. C. T.; DA SILVA, E.P.; KANSO, S. A. Feminização da Velhice: em foco as características socioeconômicas, pessoais e familiares das idosas e o risco social. *Textos & Contextos (Porto Alegre)*, v. 14, n. 1, p. 115-131, 2015.

BRASIL. Lei nº 11.340, 7 de agosto de 2006. *Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher*. Diário Oficial da União, 8 de agosto de 2006. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm)>. Acesso em: 21 abril. 2021.

CRIMMINS, E. M.; SHIM, H.; ZHANG, Y. S.; KIM, J. K. Differences between Men and Women in Mortality and the Health Dimensions of the Morbidity Process. *Clinical Chemistry*, v. 65, n. 1, p.135-145, 2019.

DEBERT, G. G.; SIMÕES, J. A.; HENNING, C. E. Entrelaçando gênero, sexualidade e curso da vida: apresentação e contextualização. *Sociedade e Cultura*, 2016.

ELOI, J. F.; DANTAS, A. J. L.; SOUZA, AMBD; SANTOS, E. C.; MAIA, L. M. Intersecções entre envelhecimento e sexualidade de mulheres idosas. *Saúde & Transformação Social*. Florianópolis, v.8, n.1, p.61-71, 2017.

FERREIRA, J. P.; LEESON, G.; MELHADO, V. R. Cartografias do envelhecimento em contexto rural: notas sobre raça/etnia, gênero, classe e escolaridade. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 17, n. 3, e0020460, 2019.

GROSSI, P. K.; OLIVEIRA, S. B.; OLIVEIRA, J. L. Mulheres quilombolas, violência e as interseccionalidades de gênero, etnia, classe social e geração. *Revista de Políticas Públicas*. v. 22, p. 929-47, 2018. Disponível em: <http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/rppublica/article/view/9825/5781>.

HENNING, C. E. Gerontologia LGBT: velhice, gênero, sexualidade e a constituição dos “idosos LGBT”. *Horizontes antropológicos* [online]. v. 23, n. 47, p. 283-323, 2017.

HIRATA, H. Classe, gênero, raça e movimentos sociais: a luta pela emancipação. *Revista de Políticas Públicas*, v. 22, p. 1-18, 2018. Disponível em: <http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/rppublica/article/view/9779>.

HIRATA, H. Comparando relações de cuidado: Brasil, França e Japão. *Estudos Avançados*, v. 34, n. 98, p. 25-40, 2020.

HIRT M. C.; COSTA M. C.; ARBOIT, J.; LEITE, M. T.; HESLER, L. Z.; SILVA, E. B. Representações sociais da violência contra mulheres rurais para um grupo de idosas. *Revista Gaúcha Enfermagem* [Internet], v. 38, n. 4, 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira*, Rio de Janeiro: IBGE, 2018. (Estudos e pesquisas. Informação demográfica e socioeconômica; n. 37).

KYRILLOS, G. M. Uma Análise Crítica sobre os Antecedentes da Interseccionalidade. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 28, n. 1, e56509, 2020.

LINS, I. L.; ANDRADE, L. V. R. A feminização da velhice: representação e silenciamento de demandas nos processos conferencistas de mulheres e pessoas idosas. *Mediações*, Londrina, v. 23, n. 3, p.436-465, Set./Dez. 2018.

MEIRA, E. C. et al. Vivências de mulheres cuidadoras de pessoas idosas dependentes: orientação de gênero para o cuidado. *Escola Anna Nery*. Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p., 1-8, maio 2017.

OLIVEIRA, E. L.; NEVES, A. L. M.; SILVA, I. R. Sentidos de sexualidade entre mulheres idosas: relações de gênero, ideologias mecanicistas e subversão. *Revista Psicologia & Sociedade*, Belo Horizonte, v. 30, e. 166019, p. 1-10, 2018.

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO (SSP SP). *Estatísticas - violência contra as mulheres*. Disponível em: <https://www.ssp.sp.gov.br/Estatistica/ViolenciaMulher.aspx>. Acesso em 02 de abril de 2021.

SOARES, K. G.; MENEGHEL, S. N. O silêncio da sexualidade em idosos dependentes. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.26, n.3, p.1009-1018, 2021.

TAVARES, M. S. Amor, sexo e proteção social: traçados de classe, gênero e geração. *Revista De Políticas Públicas*, v.22, n.2, p.949-966, 2018.

VIEIRA, P. R.; GARCIA, L. P.; MACIEL, E. L. N. Isolamento social e o aumento da violência doméstica: o que isso nos revela? *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 23, e200033, 2020.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Violence Against Women*. 2017. Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>>. Acesso em: 28 jun. 2021.

ZANELLO, V. A saúde mental sob o viés de gênero: uma releitura generada da epidemiologia, da semiologia e da interpretação diagnóstica. In: V. Zanello; A. P. M. D. Andrade (Orgs.). *Saúde Mental e Gênero. Diálogos, Práticas e Interdisciplinaridade*. Curitiba: Editora Appris, 2014, p. 41-58.

# 3

## O uso de tecnologias e ações do centro de referência de assistência social à população idosa na COVID-19

*Marcia Liliane Barboza Kurz  
Silvana Alba Scortegagna*

### Introdução

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 garante em termos legais um sistema de proteção social constituído por três componentes estruturantes: a saúde, a assistência social e a previdência social. Compõem a seguridade social brasileira, o Sistema Único de Saúde (SUS), o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e a Previdência Social (INSS). Apesar de constituir um importante marco legal e com incidência direta na promoção da saúde e aumento da expectativa de vida, abordando os determinantes estruturais da saúde, incluindo pobreza monetária, falta de educação, desemprego, desempoderamento (BASTAGLI et al., 2019; OWUSU-ADDO; RENZAHO; SMITH, 2018) diversos

são os desafios para a completa implementação da proteção social à população idosa no Brasil, desafio que se tornou ainda maior com a pandemia COVID-19.

Desde o ano de 2020, como resposta à pandemia de COVID-19, mais de 3.330 novos programas de proteção social no valor de US\$ 2,9 trilhões foram introduzidos globalmente para mitigar as consequências sanitárias, sociais e econômicas da pandemia (GENTILINE et al, 2022). No contexto pandêmico, os impactos da proteção social podem ser fundamentais para o bem-estar dos indivíduos, especialmente em ambientes onde enfrentam múltiplas ameaças à sua saúde, na prevenção e no tratamento de doenças (BAIRD; MCINTOSH; OZLER, 2019) na redução das desigualdades ao acesso e uso de serviços de saúde, nas políticas e leis de proteção social que incluem a seguridade social, moradia, a não discriminação, a defesa dos direitos dos cuidadores não remunerados, muitos dos quais são mulheres e outros direitos sociais e econômicos universais.

Historicamente, o primeiro caso de COVID-19 no Brasil foi confirmado em 26 de fevereiro de 2020 e atingiu um número total de casos de 5.567.126 no início do mês de novembro de 2020 (BRASIL, 2020). Para conter a propagação do vírus algumas medidas de proteção foram adotadas e como o Brasil é um país com dimensões continentais e não havia uma política unificada para controlar a disseminação da COVID-19, diferentes níveis de bloqueios parciais foram propostos. Neste contexto, as atividades presenciais e grupais foram suspensas e considerando as características culturais do Brasil, um país onde o engajamento social com contato físico é uma tradição, foi necessário pensar alternativas com o uso das Tecnologias da Informação e Comunica-

ção (TICs) para manter o vínculo e o atendimento, especialmente à população idosa, uma das mais atingidas pelo COVID-19. O presente texto, portanto, pretende relatar as vivências com o uso das TICs, como meio de recurso dos profissionais da Política de Assistência Social no atendimento à população idosa, durante a COVID-19.

## Desenvolvimento

Trata-se de um relato de experiência desenvolvido a partir de atividades teórico-práticas com o uso das TICs durante a pandemia COVID-19. As atividades foram realizadas no período de março de 2020 a dezembro de 2021 pelos profissionais da Política de Assistência Social de um município de pequeno porte localizado ao norte do Estado do Rio Grande do Sul. A população estimada do município é de 4.929 habitantes (IBGE, 2010), sendo a estimativa da população idosa de 815 indivíduos.

O Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), porta de entrada dos serviços socioassistenciais, equipamento público de atendimento à população, no qual são oferecidos serviços, programas e benefícios com o objetivo de prevenir situações de risco e de fortalecer os vínculos familiares e comunitários, foi implementado no ano de 2005.

O quadro de profissionais que compõem o CRAS é multidisciplinar, de nível médio e superior, contando com 13 profissionais, sendo os técnicos de referência a psicóloga e assistente social. O atendimento à população idosa realiza-se através de visitas domiciliares, orientação e encaminhamento às famílias, atendimentos individuais conforme demanda e atividade grupal do Serviço de Convivência e Fortaleci-

mento de Vínculos – SCFV que conta com a participação de 160 idosas.

## Isolamento sem Distanciamento: uso de recursos tecnológicos no atendimento à pessoa idosa

O isolamento social na população de idosos pode aumentar ainda mais a suscetibilidade ao COVID-19, o que requer que os serviços de saúde considerem a carga de saúde mental do distanciamento social para os idosos e encontrem maneiras de mantê-los engajados e motivados. Quando associado ao aumento da depressão, o isolamento social encontra efeitos potencialmente ainda maiores, podendo haver risco de suicídio (GERST-EMERSON; JAYAWARDHANA, 2015).

As TICs podem desempenhar um papel importante no engajamento e para manter a motivação de adultos idosos. A grande mídia, como a televisão e o rádio, ao incluir conteúdos voltados a essa população podem incentivar os idosos a expressarem suas opiniões por meio de chamadas ao vivo. Os dados indicam que os idosos veem a televisão como um meio de lidar com os sintomas depressivos e podem se beneficiar desse engajamento (NGUYEN, 2008). O contato telefônico regular com a população idosa domiciliar, pode fomentar uma relação de mentoria e de amizade, e trazer mais sentido à vida de adultos com mais de 60 anos, beneficiando seu bem-estar subjetivo (SCHAFER; UPENIEKS, 2016). As linhas diretas de apoio à saúde mental podem adicionar chamadas durante as quais os profissionais de saúde possam entrar em contato com os idosos e detectar sintomas de ansiedade e depressão. Essas medidas podem melhorar a conformidade dos idosos com o dis-

tanciamento social e ajudar a reduzir o impacto do COVID-19 em sua saúde mental e condições de saúde geral.

Nessa perspectiva, o Governo Federal pela Portaria 337 de 2020, elenca os serviços de assistência social como essenciais. A portaria dispõe acerca de medidas para o enfrentamento da emergência de saúde pública decorrente do coronavírus, COVID-19 no âmbito do Sistema Único de Assistência Social - SUAS. A oferta dos serviços, programas e benefícios socioassistenciais no âmbito dos estados, municípios e Distrito Federal deverá ser garantida àqueles que necessitarem, observando as medidas e condições que garantam a segurança e saúde dos usuários e profissionais do SUAS, adaptando horários e jornada de trabalho dos técnicos, adoção de medidas de segurança e fornecimento de Equipamentos de Proteção Individual – EPIs e formas de acesso a população, disseminando informações e atendimentos remoto (BRASIL, 2020).

O CRAS, enquanto espaço de oferta e realização dos serviços e ações da Política Nacional de Assistência Social (PNAS), sendo a principal porta de entrada do SUAS, precisou se reinventar, ou seja, a equipe técnica de referência buscou meios para garantir a continuidade das ações e o acesso das pessoas idosas aos serviços prestados. Entre os atendimentos realizados, destacam-se as atividades do Grupo de Convivência e Fortalecimento de Vínculos, cuja participação das idosas pode estar atrelada a diversos motivos, por demanda espontânea para fazer amizades, encaminhamento médico ou da rede socioassistencial, solicitação da família ou busca ativa dos profissionais do CRAS (assistente social, psicólogo, coordenador CRAS).

Para muitos idosos, os grupos de terceira idade são a única maneira de convívio social, uma vez que muitos não trabalham, estudam ou frequentam outros locais onde há convivência de pessoas. Aliado a isso, as atividades físicas e lúdicas desenvolvidas pelos centros de convivência podem melhorar a qualidade de vida e funcionalidade do idoso, fazendo com que este público busque cada vez mais por estes espaços (MASCARELLI; RANGEL; BAPTISTINI, 2020 p.07).

O serviço de atenção à pessoa idosa tem como ações garantir um espaço onde possam expressar suas dúvidas e conflitos, construindo soluções para os seus problemas cotidianos; realizar passeios e comemorações diversas; facilitar a expressão da afetividade e da comunicação entre as participantes, visando a socialização; apoiar e incentivar a convivência social do idoso, a nível familiar e comunitário, promovendo sua inclusão social e proporcionar atividades diversificadas envolvendo os profissionais das diversas áreas do saber do município (BRASIL, 2004).

A participação das pessoas idosas em grupos de convivência pode auxiliar na manutenção de sua autonomia, estimular a cognição, socialização e inclusão social, principalmente em um município de pequeno porte onde não se tem opções para engajamento e envolvimento da população 60+. Considerando o processo de envelhecimento, as alterações funcionais, fisiológicas, físicas, cognitivas e psicossociais é necessário políticas públicas que ofereçam formas de inserção em espaços sociais para uma melhor qualidade de vida (MASCARELLI; RANGEL; BAPTISTINI, 2020).

Nesse engajamento, motivados pelo “Fique em Casa”, os profissionais da política de assistência social após debates e reuniões, para fins de manutenção dos serviços socioassistenciais, organizaram a oferta dos serviços por meio de recursos tecnológicos para continuar o atendimento da po-

pulação idosa, promovendo lives, contato por *smartphones*, vídeo chamada, grupos de Whatsapp e envio de atividades para serem realizadas em seus domicílios, permanecendo em casa, mas em atividade.

## O CRAS e o uso das TICS no enfrentamento da pandemia

A Política de Assistência Social responde às necessidades imediatas e de sobrevivência da população, portanto área essencial para o enfrentamento à pandemia. Nesse sentido, a União formulou e publicou várias medidas, no âmbito do Sistema Único de Assistência Social – SUAS, com a finalidade fortalecer e aumentar a capacidade de respostas do SUAS aos agravos gerados pela pandemia, bem como indicando a necessidade de adoção de várias medidas, tais como o atendimento remoto e a suspensão de atividades grupais e coletivas (BRASIL, 2004).

As medidas publicadas tratam desde as ações mais gerais como, por exemplo, a destinação de recursos extraordinários, até as ações mais específicas a serem adotadas na execução de serviços e gestão de benefícios, indica a necessidade de identificar serviços e atividades essenciais em cada município, conforme demanda local das populações mais vulneráveis e em risco social, dentre elas a população idosa (BRASIL, 2004).

A fim de garantir e manter o vínculo com as idosas, a equipe técnica readaptou-se para a elaboração de atividades remotas, utilizando das TICs disponíveis enquanto um meio de comunicação e socialização, seja por aparelhos como *smartphones*, celulares, tablets ou notebooks e a internet. Desta forma, incentivou-se o uso e aquisição de celulares para fins

de ligações de vídeo chamadas, envio de áudios e atividades, ligações para atendimentos individuais quando necessário e acompanhamento pela equipe de saúde, principalmente em situações de Covid-19, readaptando as formas de atendimento às usuárias, bem como envio de imagens para familiares e amigos a fim de socialização e interação entre si.

A formação de grupo no whatsapp permitiu o compartilhamento de informações, vídeos, áudios, imagens e atividades semanais para realizarem em casa. Considerando que muitas não possuem condições econômicas de adquirir um aparelho celular ou ter acesso a internet, realizava-se visitas domiciliares, mantendo a distância necessária.

Dentre as atividades propostas, realizou-se orientações sobre alimentação saudável, prática de atividades físicas no domicílio, cultivo e cuidado com hortas, jardins e pomar. Além disso, orientações para atividades de lazer como assistir a filmes e programas de televisão informativos, ouvir músicas, e auxiliou na criação e acesso as redes sociais, na instalação e nas ligações para familiares por meio de aplicativos.

Outras soluções tecnológicas e de fácil acesso utilizadas para a realização de programas semanais foi a rádio local. A partir de horários previamente agendados e da divulgação ampla, para que os idosos pudessem participar, essa atividade contou com entrevistas de profissionais de áreas diversas que abordaram várias temáticas. Como exemplos, citam-se a entrevista realizada pela nutricionista que abordou o tema da alimentação na pandemia; a fisioterapeuta e o educador físico que falaram sobre os efeitos dos exercícios físicos e dos alongamentos para a saúde, a prevenção de quedas e cuidados no domicílio; a entrevista da assistente social que abordou o tema sobre a prevenção de violência doméstica; a psi-

cóloga que trabalhou questões sobre a saúde mental; a enfermeira que discorreu sobre a temática dos cuidados com o vírus. Houve a participação das pessoas idosas por meio do celular, foram realizadas perguntas, envio de recados tanto por meio da escrita quanto por áudio.

A realização de Lives alusivas a datas específicas, eventos de canto e apresentações culturais, em plataformas online como Facebook e Instagram, foi outra forma de prestar assistência aos idosos e de mantê-los engajados e motivados no período pandêmico. O uso de carros e caminhões decorados, com cantores, que circularam pela cidade, fazendo apresentações e falas motivacionais, especialmente em datas como “Dia dos Avós”, “Páscoa” e “Natal”, também merece ser destacada como mais uma das ações da equipe do CRAS.

A utilização dos recursos tecnológicos e de plataformas online, na modalidade remota, possibilitou à equipe manter reuniões mensais para discussão de casos, realizar planejamento e avaliação das atividades, bem como ofertar cursos e participar em eventos. Em parceria com profissionais da saúde, organizou-se um comitê para atendimento de situações de isolamento por Covid-19 e de situações de perdas familiares, falecimento e luto ocasionados pela pandemia. A parceria com os profissionais da saúde, de diversos campos de atuação, permitiu a interdisciplinaridade no cuidado com a pessoa idosa, o compartilhamento de saberes e de percepções para o desenvolvimento de ações de suporte social, prevenindo e minimizando os efeitos do distanciamento social.

Embora as vivências com o uso das TICs tenham sido gratificantes e produtivas, pois possibilitaram aos profissionais do CRAS manter contato e vínculo profissional com as pessoas idosas, garantindo o acesso aos atendimentos, al-

gumas pessoas idosas apresentaram dificuldades no uso e manuseio das TICS ou não tinham condições para adquirir um aparelho celular ou outro equipamento. Para sanar as dificuldades, no primeiro caso pôde-se contar com o auxílio de familiares e/ou cuidadoras para a participação dos idosos nas atividades. Em se tratando do segundo caso, em que nem todas as pessoas idosas participantes do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos possuíam condições econômicas para adquirir um aparelho celular ou outro equipamento, os profissionais do CRAS realizaram visitas domiciliares, com uso de EPIs, orientaram atividades para serem realizadas em casa como trabalhos manuais de artesanatos, bordados, assim como sementes para serem semeadas na horta e no jardim.

Deste modo, o uso das TICs foram um aliado na gestão, elaboração e oferta dos serviços socioassistenciais da Política de Assistência Social na COVID-19, garantindo o acesso aos atendimentos. Com o retorno das atividades presenciais, percebe-se que muitos idosos manterão o uso dos aparelhos celulares e recursos tecnológicos, superando e rompendo barreiras que tinham em relação a esse equipamento, usufruindo da comodidade e da possibilidade de se manterem próximas de familiares e amigos que residem distantes, fazer compras, solicitar algum serviço, praticar exercícios de estimulação a memória, enfim, utilizarem os dispositivos conforme suas necessidades.

## Considerações Finais

Percebe-se que o uso das tecnologias em tempos de Covid-19 possibilitou aos técnicos do CRAS manterem contato

e vínculo profissional com as participantes dos serviços e a garantia de acesso e escuta à pessoa idosa durante a pandemia. Foi possível reorganizar e manter a continuidade dos atendimentos também para os que tinham dificuldades de se deslocar até o CRAS devido a problemas de saúde ou distância.

Realizar a Proteção Social Básica de Assistência Social, diante do contexto da pandemia do Covid-19 tornou-se um desafio, a equipe técnica do CRAS precisou reinventar formas de operacionalizar o atendimento, por meio do uso de tecnologias como contatos telefônicos e whatsapp, por meio de programas de rádio local, produção de kits com mensagens, atividades e produtos informativos e orientativos, visitas domiciliares com protocolos de sanitização e higiene dos materiais, rompendo as barreiras do isolamento social com segurança. Além disso, as vivências permeadas pelas dificuldades impostas pela pandemia e o uso das TICs demonstraram a necessidade de se fomentar políticas públicas de proteção social à população idosa no Brasil, abordando os determinantes estruturais da saúde, econômicos e educacionais.

## Referências Bibliográficas

BAIRD, S.; MCINTOSH, C.; OZLER, B. When the money runs out: do cash transfers have sustained effects on human capital accumulation? *Journal of Development Economics*, v. 140, p. 169–185, 2019. Disponível em: <<https://ideas.repec.org/a/eee/deveco/v140y2019icp169-185.html>>. Acesso em: 28 set. 2022.

BASTAGLI, F.; HAGEN-ZANKER J.; BARCA V.; STURGE, G.; SCHMIDT, L. H. T. The impact of cash transfers: a review of the evidence from low- and middle-income countries. *Journal of Social Policy*, v. 48, n. 3, p. 569–594, 2019. Disponível em: DOI: 10.1017/S0047279418000715. Acesso em: 26 set. 2022.

BATELLO, G. V. V. A. T. et al. Cuidadores de idosos em situação de pandemia: reflexões sobre o cuidar e ser cuidado. *Enfermagem Gerontológica no cuidado ao idoso em tempos da Covid-19*. 2.ed.rev. Brasília, DF: Editora ABEn, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.51234/aben.20.e02.c03>>. Acesso em: 28 set. 2022.

BRASIL. [Constituição (1988)]. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília, DF: Presidente da República, 1998. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)>. Acesso em: 26 set. 2022.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. *Política Nacional da Assistência Social*. Brasília, DF, 2004. Disponível em: <[https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia\\_social/Normativas/PNAS2004.pdf](https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/PNAS2004.pdf)>. Acesso em: 28 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Cidadania. Portaria nº 337, de 24 de março de 2020. Brasília, DF, 2020. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/portaria/prt/portaria%20n%C2%BA%20337-20-mcidadania.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/portaria/prt/portaria%20n%C2%BA%20337-20-mcidadania.htm)>. Acesso em: 25 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Brasil confirma primeiro caso do novo coronavírus*. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 26 fev. 2020. Disponível em: <<https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2020/02/brasil-confirma-primeiro-caso-do-novo-coronavirus>>. Acesso em: 28 de set. 2022.

GENTILINI, U. et al. Social Protection and Jobs Responses to COVID-19: A Real-Time Review of Country Measures. *Living paper version 15*. World Bank UNICEF, 2021. Disponível em: <<https://documents1.worldbank.org/curated/en/281531621024684216/pdf/Social-Protection-and-Jobs-Responses-to-COVID-19-A-Real-Time-Review-of-Country-Measures-May-14-2021.pdf>>. Acesso em: 28 set. 2022.

GERST-EMERSON, K.; JAYAWARDHANA, J. Loneliness as a public health issue: the impact of loneliness on health care utilization among older adults. *American Journal of Public Health*, v. 105, n. 5, p. 1013-1019, 2015.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Censo Demográfico 2010*. Rio Grande do Sul: IBGE, 2010. Disponível em: <<https://censo2010.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 02 nov. 2022.

KNOWLES, B.; HANSON, V. L. The Wisdom of Older Technology (Non) Users. *Communications of the ACM*, v. 61, n. 3, pág. 72-77, 2018. Disponível em: <<https://cacm.acm.org/magazines/2018/3/225474-the-wisdom-of-older-technology-nonusers/abstract>>. Acesso em: 26 set. 2022.

MASCARELLO, I. F.; RANGEL, K. B.; BAPTISTIN, R. A. Impacto de grupos de convivência na funcionalidade e qualidade de vida do idoso. *Cadernos Camilliani*, v. 17, n. 4, 2020. Disponível em <<https://www.saocamilo-es.br/revista/index.php/cadernoscamilliani/article/view/467>>. Acesso em: 28 set. 2022.

NGUYEN, G. T.; WITTINK, M. N.; MURRAY, G. F.; BARG, F. K. More than just a communication medium: What older adults say about television and depression. *The Gerontologist*, v. 48, n. 3, p. 300-310, 2008. Disponível em: doi: 10.1093/geront/48.3.300. Acesso em: 28 set. 2022.

OWUSU-ADDO, E.; RENZAHO, A. M. N.; SMITH, B. J. The impact of cash transfers on social determinants of health and health inequalities in sub-Saharan Africa: a systematic review. *Health Policy Plan*, v. 33, n. 5, p. 756-696, 2018. Disponível em: DOI: 10.1093/heapol/czy020. Acesso em: 28 set. 2022.

SCHAFER, M. H.; UPENIEKS, L. The age-graded nature of advice: distributional patterns and implications for life meaning. *Social Psychology Quarterly*, v. 79, n. 1, p. 22-43, 2016. Disponível em: DOI: 10.1177/0190272516628297. Acesso em: 28 set. 2022.

# 4

## Efeitos da suplementação nutricional de pacientes em hemodiálise

*Vanessa Maria Bertoni  
Ana Luisa Sant'Anna Alves  
Adriano Pasqualotti*

### Introdução

Os rins desempenham funções além da filtração que estamos habituados a associar, são glomerulares, tubulares e endócrinas, que dessa forma desempenham a eliminação de metabólitos orgânicos e proporcionam equilíbrio hidroeletrolítico, por meio dos mecanismos de filtração glomerular.

Na condição de uma Doença Renal Crônica (DRC), temos uma redução lenta, porém progressiva e irreversível das funções dos rins, e somente após uma perda de pelo menos metade dessa função é que os sintomas começam a aparecer (COUTINHO et al., 2018). Como tratamento dessa DRC, temos a terapia renal substitutiva, e entre modalidades desta, encontra-se a hemodiálise, que proporciona aumento da sobrevivência do paciente, porém, o desequilíbrio nutricional é frequente nestes pacientes podendo contribuir de forma significativa para o aumento da morbimortalidade, bem como de uma pior qualidade de vida (ALENCAR et al., 2013).

Apesar do conhecimento de que pode ocorrer perda de vitaminas, proteínas e aminoácidos solúveis em água durante os processos de hemodiálise, as perdas de glicose e consequentemente de energia são frequentes e significativas durante este processo de tratamento. O aumento do catabolismo proteico e da inflamação, que são provocadas pelos processos de terapia renal substitutiva são evidentes nesses pacientes crônicos, apesar de o efeito do catabolismo ter sido maior em pacientes em diálise peritoneal. Por sua vez, a desnutrição pode ocasionar o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, assim como infecções, fragilidade, e depressão, e consequentemente, piora da desnutrição (CHAN, 2021). Apesar de a desnutrição ser multifatorial, percebe-se que muitos dos fatores causais estão relacionados à diminuição do consumo nutricional. Dessa forma, a suplementação nutricional pode corrigir muitos sinais de desnutrição (CHAN, 2021). Assim, este capítulo tem como objetivo refletir sobre os efeitos do suplemento nutricional oral de pacientes em tratamento dialítico.

## Doença renal crônica e hemodiálise

Os rins apresentam como função primordial a manutenção do equilíbrio hidroeletrolítico (eletrólitos, líquidos e solutos orgânicos), por causa da variação na excreção de urina constituída por água e íons, como o sódio, cloreto, potássio, fosfato, cálcio e magnésio. Além disso, os rins também eliminam produtos resultantes do metabolismo, como ureia, fosfatos, ácido úrico, sulfatos, e ainda substâncias como drogas e medicamentos, e ainda são responsáveis pela produção de hormônios como eritropoetina. Um rim saudável rea-

liza essas funções pela filtração, secreção e reabsorção contínua de sangue, onde repassam aproximadamente 1,6 litros de sangue por dia, sendo que no rim, se recebe 20% do débito cardíaco que produz 180 litros de fluido, e diariamente excreta 1,5 litros de urina (MAHAN; ESCOTT-STUMP, 2005).

A DRC é uma doença de alta complexidade, com impacto significativo na qualidade de vida, longevidade e gastos em saúde pública. O paciente renal crônico experimenta uma drástica mudança em sua vida, ao passo que passa a conviver com diversas limitações, entre tratamento hemodialítico que pode desencadear dor, alimentação controlada, mudanças na organização familiar, profissional e social e ainda existe o pensamento na possibilidade de uma morte mais frequente, o que leva o paciente a ter uma percepção negativa sobre sua vida (SANTOS et al., 2019).

A DRC atualmente é um problema de saúde pública com impacto significativo, tanto econômico, quanto social. Por volta de 1990, representou a 17ª causa de morte no Brasil, já em 2010 ocupava a 10ª causa, e além disso, observou-se uma contribuição da doença como causa de morte prematura em mulheres no nosso país. A hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus seguem sendo as principais causas de DRC, com falência dos rins e necessidade de terapia renal substitutiva, levando a sobrecarga do sistema de saúde (SANTOS et al., 2019).

A terapia renal substitutiva provoca alterações físicas e emocionais nos pacientes, mudanças que perpassam a alimentação, precisando de alterações, levando consequentemente a modificações no estado nutricional do doente renal (MAHAN; ESCOTT-STUMP, 2005). As alterações hormonais, como a produção insuficiente de a eritropoietina, bem

como alterações do metabolismo proteico e energético, alterações digestivas como vômitos, náuseas e ocorrências do estado de toxicidade do organismo, são causas de alterações do estado nutricional nos pacientes. A associação da desnutrição protéico energética nos pacientes renais tem relação com as causas e efeitos da alta prevalência e relação com o aumento da mortalidade aumentada (PLÁCIDO et al., 2021).

Os pacientes renais crônicos em fase terminal, precisam de procedimentos dialíticos como conduta para melhoria da qualidade de vida. Dentre os tipos de terapia renal substitutiva, a hemodiálise representa a modalidade mais escolhida, sendo utilizada em 91% dos casos. A equipe de saúde que acompanha esses pacientes deve buscar a máxima eficiência da terapia dialítica para que seja possível proporcionar uma melhora da qualidade de vida do paciente renal crônico. O tratamento hemodialítico possui como objetivo principal a reabilitação do paciente e o aumento da sua sobrevida (MAHAN; ESCOTT-STUMP, 2005).

Ao passo que o paciente renal crônico passa a depender do tratamento dialítico, o acolhimento destinado a ele mediante esta nova condição que essa patologia exige é de extrema necessidade, porém há uma carência de informações necessárias prévias aos usuários do serviço, que dessa forma, são surpreendidos pela nova condição de saúde a que estão submetidos, uma vez que muitas vezes são submetidos a uma situação de desamparo. Neste sentido, a equipe multiprofissional que acompanha esses pacientes pode desempenhar um papel fundamental no auxílio ao enfrentamento do paciente e de sua vida familiar e social a partir do momento em que são inseridos num processo de doença crônica. Essa equipe pode desenvolver habilidade de observação, diálogo,

objetivando situar os problemas vivenciados pelo paciente no contexto cultural, familiar e social no qual se encontra (ZAMBRA, 2010).

## Estado Nutricional em pacientes em hemodiálise

Existem mecanismos envolvidos no processo de desnutrição nos pacientes renais crônicos que não estão completamente elucidados, mas acredita-se que o estado inflamatório crônico, a restrição dietética muitas vezes inadequada, a perda proteica intradialítica e os distúrbios hormonais desempenham função importante na fisiopatologia deste estado de desnutrição. A prevalência de desnutrição nesta população pode variar entre 10 a 60%, dependendo do método de avaliação utilizado para este diagnóstico (MARTINS et al., 2017). Esse percentual elevado de desnutrição pode ser explicado pelo fato de que, ao iniciar o processo de hemodiálise, o paciente é submetido a uma dieta restritiva que contribui para o déficit energético e catabolismo acentuado. Além disso, pacientes em estágio final da DRC desenvolvem um estado microinflamatório ocasionado pela síndrome urêmica e pela própria sessão de hemodiálise. Juntos, esses processos podem desencadear no paciente um estado inicial acentuado de desnutrição. Assim, nos primeiros anos de terapia renal substitutiva, o paciente já estaria exposto a influências externas e internas que os deixam suscetíveis ao desenvolvimento de um processo de desnutrição. Portanto, os pacientes com DRC já estariam predispostos antes mesmo de iniciar o processo dialítico, sendo este último mais um fator

que acentua o desenvolvimento de desnutrição (MARTINS et al., 2017).

Pelo fato de o sistema de saúde do Brasil ser, de certa forma, mais precário que em alguns países desenvolvidos há uma contribuição para o início tardio da terapia dialítica, devido à falta de acompanhamento dos pacientes por uma equipe especializada, e até mesmo a falta de procura de serviços de saúde. Grande parte dos pacientes inicia o processo dialítico já em urgência dialítica e isso desencadeia o desenvolvimento de sintomas urêmicos e, conseqüentemente, aumento de náuseas, enjoos, êmese e perda de peso, e por fim, a desnutrição (MARTINS et al., 2017). A desnutrição possui um impacto negativo na evolução dos doentes renais crônicos, pois está associada a um maior número de possíveis complicações, como maior risco de infecções, além de maior frequência e duração das hospitalizações. Atualmente, temos uma ampla variação na prevalência de desnutrição moderada a grave associada a terapia dialítica, provavelmente devido às diferentes formas utilizadas na sua avaliação nutricional (ZHA; QUIAN, 2017).

Um comitê internacional, denominado International Society of Renal Nutrition and Metabolism, propôs um compilado de indicadores nutricionais que podem ser usados para identificar o paciente renal crônico em estado de desnutrição, onde se abrange os parâmetros bioquímicos, a massa corporal, a massa muscular e o consumo alimentar. Dentre esses indicadores bioquímicos citados, a albumina sérica é a variável que apresenta maior poder em identificar o risco de mortalidade nos estudos epidemiológicos de pacientes em diálise. Quando analisada a massa corporal, uma diminuição no Índice de Massa Corporal (IMC) sugere um qua-

dro de desnutrição nestes doentes. Por fim, uma redução na massa muscular parece ser o critério mais sensível na presença de desnutrição, podendo ser avaliada por meio de diferentes métodos, entre eles a antropometria, que é de baixo custo, porém exige profissional treinado para sua correta execução (FOUQUE et al., 2008). A desnutrição tende a prevalecer e agravar-se, conforme os anos de diálise realizados pelo paciente, sendo, desta forma, mais recorrentes nos idosos ou pacientes que fazem este tratamento há mais tempo. Por meio de uma alimentação adequada, sem restrições desnecessárias, é possível prevenir o definhamento do doente, e dessa forma, a via oral deve ser estimulada e acompanhada, e quando necessário, lançar mão da suplementação pois demonstra ser eficiente e bem aceita para manutenção do peso e prevenção de complicações (PLÁCIDO et al., 2021).

## Suplementação em pacientes em hemodiálise

Segundo Mahan; Escott-Stump, (2005) os objetivos da terapia nutricional devem levar em consideração a recuperação, manutenção e alcance do estado nutricional mais próximo do ideal, o consumo adequado de líquidos, sódio e potássio, a fim de que se evitem consequências como edema pela instabilidade eletrolítica, diminuição da ingestão de cálcio, fósforo e vitamina D, para a prevenção de distúrbios minerais ósseos como a osteodistrofia renal e a manutenção dos nutrientes energéticos, proteicos vitamínicos e minerais, promovendo dessa forma melhor qualidade de vida e tratamento ao paciente. Para alcançar esse propósito é de fundamental importância o conhecimento sobre o consumo

calórico, proteico e de certos nutrientes específicos como potássio e fósforo, salientando que esses nutrientes podem ter seu consumo restrito ou aumentado conforme a necessidade e as exigências do tratamento dialítico e acompanhamento de exames laboratoriais de rotina. Dessa forma, os objetivos do aconselhamento nutricional em pacientes com doença renal crônica em tratamento dialítico, são os seguintes: a) fornecimento de informações dietéticas corretas, adaptadas de acordo com a modalidade de diálise ; b) reavaliação dos hábitos alimentares dos pacientes quando necessário; c) identificação de qualquer deficiência na ingestão energética e proteica; d) auxílio aos pacientes com alto risco nutricional (com ingestão de energia e proteína de < 30 kcal/kg/dia e < 1,0 g/kg/dia, respectivamente) para aumentar o consumo alimentar; e) fornecer informações para evitar excesso de ingestão de fósforo, potássio ou sódio; f) evitar períodos de jejum desnecessários (interferência nas refeições por causa do horário de diálise, inadequação alimentar durante a doença aguda e hospitalização) (SABATINO et al., 2016).

Quando início do tratamento renal substitutivo, não só o paciente, mas toda sua família encontra dificuldades, relacionadas principalmente à alimentação; apesar de o consumo dietético ser diferente do habitual até o momento, é importante que o paciente siga as devidas recomendações para um bom andamento do tratamento. Segundo Mahan e Escott-Stump, (2005), o profissional nutricionista tem o papel de intervir em situações de forma positiva, utilizando-se de um bom planejamento alimentar individualizado, sem restrições desnecessárias, bem como a aplicação de atividades educativas quando necessário e/ou orientações que ajude o paciente a entender os motivos e o influencie de certa

forma a seguir a alimentação proposta, pois muitos pacientes não seguem e/ou abandonam as orientações nutricionais, porque não entendem os motivos pelos quais devem priorizar uma alimentação diferenciada, assim como a relação que esta tem com o seu tratamento.

Durante uma única sessão de hemodiálise, sobretudo quando utilizadas membranas de alto fluxo, as perdas de nutrientes no dialisato podem atingir de nove a treze gramas de aminoácidos, dois a cinco gramas de peptídeos, vinte e cinco gramas de glicose, além de vitaminas hidrossolúveis e ferro. Se não corrigidas, estas perdas podem resultar em diminuição anual de dois quilogramas de massa magra e déficit de até três gramas das reservas de ferro do corpo (FOUQUE et al., 2008). Foram descritos dois tipos de desnutrição em pacientes em diálise, que são: a) a desnutrição tipo 1, que está associada à síndrome urêmica ou a fatores relacionados à uremia, como inatividade física, restrições alimentares entre as sessões de diálise e fatores psicossociais, e baixa ingestão calórico e proteica; b) a desnutrição tipo 2, que está associada a uma resposta inflamatória crônica e é caracterizada por altos níveis de proteína c-reativa e citocinas pró-inflamatórias. Desta forma, a suplementação nutricional oral é a intervenção mais acessível, promissora e fisiológica para pacientes renal crônico em hemodiálise (CALEGARI et al., 2011).

A suplementação nutricional em hemodiálise pode auxiliar na recuperação e manutenção do estado nutricional; minimizando o catabolismo proteico; assim como a manutenção do equilíbrio ácido-básico, hidroeletrolítico, de minerais e vitaminas e ainda melhorar o prognóstico do paciente (MARTINS et al., 2017). Embora o início da diálise ge-

ralmente traga como consequência a redução espontânea na ingestão de caloria e proteína, a anorexia pode permanecer resiliente em pacientes em diálise de manutenção, devido a vários mecanismos que contribuem para isso. Nesse sentido, diálise insuficiente com toxinas urêmicas retidas, processo de diálise, perda da função renal residual, inflamação crônica de baixo grau, presença de doenças intercorrentes e outros fatores fisiológicos, psicológicos e físicos exercem efeitos diretos no comprometimento da ingestão nutricional tanto proteica quanto calórica. Além disso, restrições dietéticas podem ser necessárias para prevenir hipercalemia, hiperfosfatemia e acidose metabólica. Além da identificação de possíveis causas subjacentes, o envolvimento dos nutricionistas com aconselhamento nutricional oportuno e regular é importante para a prevenção e para o manejo da desnutrição em pacientes em hemodiálise. De fato, o aconselhamento dietético provou otimizar o estado nutricional em pacientes submetidos à diálise peritoneal e hemodiálise (CHAN, 2021).

Quando o aconselhamento nutricional não consegue atender à diferença entre a ingestão dietética espontânea do paciente e as necessidades nutricionais recomendadas na terapia renal substitutiva, o uso de suplementos nutricionais orais deve ser considerado como a escolha certa e imediata de terapia de suporte nutricional para repor e prevenir a depleção de proteína e energia. Especificamente, as diretrizes do Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (KDO-QI) defendem a utilização de suplementação nutricional por pelo menos três meses para possibilitar a melhora do estado nutricional, se o aconselhamento nutricional sozinho não for efetivo para a ingestão suficiente de proteína e energia em pacientes com DRC. Indicadores que podem sugerir o início

da suplementação incluem: a) ingestão oral insuficiente e/ou falta de apetite; b) ingestão alimentar de energia e proteína < 30 kcal/kg/d e < 1,2 g/kg/d, respectivamente; c) concentrações séricas de albumina < 28 mg/ml (somente para pacientes em diálise de manutenção, sem função renal residual); d) perda de peso não intencional, sendo > 5% do peso seco estimado em um período de 3 meses; e) pontuação nutricional no formulário de Avaliação Subjetiva Global dentro do intervalo para desnutrição; e f) deterioração do estado nutricional refletida por mudanças temporais em vários marcadores nutricionais (CHAN, 2021).

Diversos estudos observacionais mostraram menor mortalidade e hospitalização entre os pacientes em diálise de manutenção que consumiram suplementos nutricionais orais (TOMAYKO et al., 2015). O consenso da Sociedade Internacional de Nutrição e Metabolismo Renal afirma que a suplementação nutricional oral é eficaz na reposição dos estoques de proteína e energia (MATSUZAWAUMA et al., 2021). O consumo de suplementos nutricionais orais não deve interromper as refeições planejadas ao longo do dia ou ser utilizado como substituto das refeições regulares. Em vez disso, deve ser tomado como um complemento às refeições regulares, de uma a três vezes por dia, idealmente uma a três horas após as refeições principais, sendo que essa abordagem provavelmente evitará que os pacientes recusem alimentos nos horários regulares das refeições, além de estimular o apetite nessas refeições (CHAN, 2021). Desta forma, a alimentação intradialítica por meio de fornecimento supervisionado de refeições ricas em proteínas e suplementos nutricionais orais tem sido considerada uma maneira altamente viável e econômica para otimizar a ingestão oral de

energia e proteína no próprio centro de diálise que o paciente frequenta. (CHAN, 2021).

A prescrição de suplementos nutricionais orais deve levar em consideração a individualidade do paciente, incluindo metas nutricionais, adesão pessoal, tolerância e preferência, já que estes são fatores determinantes e cruciais para uma suplementação eficaz. A aceitação dos suplementos nutricionais orais em relação à aspectos de aparência, sabor, cheiro, textura e preparo (nas formas de milkshake, iogurte, suco, sobremesa, pó fortificante ou barra nutricional) deve ser avaliada (TOMAYKO et al., 2015). A opção preferida de um suplemento nutricional oral padrão deve ser rica em energia e proteínas, com baixo teor de fósforo e potássio. Formulações alternativas com baixo teor de eletrólitos e adequada em proteína e energia também podem ser obtidas comercialmente. Esses suplementos nutricionais orais específicos podem ser eficazes para otimizar a ingestão dietética de energia e proteína seletivamente, limitando a carga de eletrólitos e líquidos (CHAN, 2021).

A ingestão intradialítica de alimentos ricos em proteínas ou suplementos nutricionais orais (lanches ou refeições leves) parece ser eficaz como forma de compensação para o catabolismo associado ao procedimento de hemodiálise e auxílio no aumento da ingestão total de proteínas. Muitos dos efeitos negativos temidos relacionados à alimentação intradialítica (hipotensão, sintomas gastrointestinais, redução da eficiência da diálise, risco de aspiração e risco de contaminação) não são comumente observados, e podem ser evitados pela seleção criteriosa dos pacientes com base na avaliação do quadro clínico e de suas características individuais. A hipotensão intradialítica, devido à vasodilatação esplânc-

nica durante e após a ingestão de suplementação é bastante infrequente em pacientes clinicamente estáveis sem fatores de risco associados (SABATINO et al., 2016).

## Considerações Finais

Pacientes com doença renal crônica em hemodiálise apresentam piora do estado nutricional, perdas de nutrientes que podem atingir de nove a treze gramas de aminoácidos, vinte e cinco gramas de glicose, além de vitaminas e ferro. A suplementação nutricional oral pode auxiliar na manutenção e recuperação do estado nutricional destes pacientes.

## Agradecimento

O presente estudo foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), código de financiamento 001, Bolsista CAPES II.

## Referências Bibliográficas

ALENCAR, J. D. et al. Suplementação alimentar em pacientes em Hemodiálise. *Revista Brasileira de Nutrição Clínica*, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 3-7, 2013.

CALEGARI et al., Pacientes desnutridos em hemodiálise melhoram após intervenção nutricional, *Brazilian Journal of Nephrology*, São Paulo, v. 33, n. 4, p. 394-401, 2011.

CHAN, W. Chronic Kidney Disease and Nutrition Support. *Nutrition in Clinical Pratique*, Hoboken, v. 36, p. 312-330, 2021.

COUTINHO, J. P. S.; VILELA, L. R. R.; MACEDO, A. Categorização de suplementos nutricionais para o doente renal crônico dialítico. *BRASPEN Journal*, São Paulo, v. 32, n. 2, p. 176-80, 2018.

FOUQUE D. et al. A proposed nomenclature and diagnostic criteria for protein-energy wasting in acute and chronic kidney disease. *Kidney International*, Columbus, v. 72, n. 4, p. 391-398, 2008.

MAHAN, L. K.; ESCOTT-STUMP, S. *Alimentos, nutrição e dietoterapia*. 10. ed. São Paulo: Roca, 2005.

MARTINS, E. C. V. et al. Tempo de hemodiálise e o estado nutricional em pacientes com doença renal crônica. *BRASPEN Journal*, São Paulo, n. 32, v. 1, 54-57, 2017.

MATSUZAWAUMA, R. et al. Os efeitos da suplementação de aminoácidos/proteínas em pacientes submetidos à hemodiálise: uma revisão sistemática e meta-análise de ensaios clínicos randomizados. *Clinical Nutrition*, Filadélfia, v. 44, p. 114-121, 2021.

PLÁCIDO, E. S. et al. Terapia nutricional em pacientes com Doença Renal Crônica: Revisão narrativa. *Research, Society and Development*, Vargem Grande Paulista, v. 10, n. 4, 2021.

SABATINO, A. et al. Perda proteico-energética e suplementação nutricional em pacientes com doença renal terminal em hemodiálise. *Clinical Nutrition*, Filadélfia, v. 36, n. 4, p. 663-671, 2017.

SANTOS, K. B.; COSTA, L. G.; ANDRADE, J. M. L. Estado nutricional de portadores de doença renal crônica em hemodiálise no Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 1189-1199, 2019.

ZAMBRA, B.; HUTH, A. Terapia nutricional em pacientes portadores de insuficiência renal crônica em hemodiálise. *Revista Contexto & Saúde*, Ijuí, v. 10, n. 19, jul./dez. 2010.

ZHA, Y.; QIAN, Q. Protein Nutrition and Malnutrition in CKD and ESRD. *Nutrients*, Basileia, v. 9, n. 3, p. 208-219, 2017.

# 5

## Sarcopenia em idosos internados em unidades de terapia intensiva: uma revisão sistemática da literatura

*Andressa Schacht  
Daiana Argenta Kümpel  
Siomara Regina Hahn*

### Introdução

O paciente crítico é aquele admitido em UTI, que apresenta uma condição de estresse exacerbada, sendo por muitas vezes consequência de patologias graves e cirurgias abdominais de grande porte (TOLEDO; CASTRO, 2019). O organismo do paciente crítico tem alta demanda de energia tanto na fase aguda da doença quanto na fase de recuperação e reparação (NUNES, 2016). Em UTI, a oferta energética insuficiente apresenta um impacto muito maior, acarretando em desmame ventilatório difícil, permanência do paciente na unidade, redução da capacidade funcional e da qualidade de vida, sequelas funcionais após a alta da UTI (TOLEDO; CASTRO, 2019), fatores que contribuem para o quadro de sarcopenia.

A sarcopenia pode ser caracterizada por perda progressiva de massa, função e força muscular. Sendo classificada como primária (relacionada à idade), secundária (inatividade, desnutrição) ou relacionada à doença (como a fraqueza adquirida na UTI - FAUTI) (KIZILARSLANOGLU et al., 2016). Está associada a diversos desfechos clínicos negativos para o paciente, como osteopenia, quedas, fraturas, incapacidade física, fragilidade, aumento do tempo de internação, redução da qualidade de vida e aumento da morbimortalidade. Em relação aos diferentes graus de intensidade, no estágio caracterizado como pré-sarcopenia, ocorre a perda de massa muscular sem alterações clínicas ao paciente (TOLEDO; CASTRO, 2019).

Quando associada ao processo de envelhecimento, podem ocorrer alterações em fatores hormonais, aumento de enzimas e redução do estímulo neural e do fluxo sanguíneo. Ainda, em pacientes hospitalizados, o processo de inflamação sistêmica, a imobilidade no leito e a redução da ingestão proteica podem contribuir para o desenvolvimento de sarcopenia, principalmente no paciente em cuidados intensivos (OLIVIERA; SILVA, 2018).

O comprometimento do estado nutricional é multifatorial, tendo como componentes: deficiência de nutrientes por má condução da terapia nutricional, idade do paciente, gravidade da doença e estado inflamatório agudo e crônico. Diante disso, o adequado aporte nutricional com ênfase na meta proteica é fundamental para recuperação do paciente crítico e a Terapia Nutricional (TN) torna-se instrumento determinante para prevenção da depleção muscular (TOLEDO; CASTRO, 2019).

Contudo, são diversas as variáveis que impedem a oferta calórico-proteica durante a administração da Terapia Nutricional Enteral (TNE), dentre elas: instabilidade hemodinâmica, perda do dispositivo de sonda enteral, jejum prolongado para exames, sintomas gastrointestinais e intolerância à fórmula nutricional (CARNEIRO; TOFFOLO, 2020).

Com isso, o objetivo desta revisão sistemática foi descrever a presença e fatores associados à sarcopenia em idosos internados em UTI.

## Desenvolvimento

Trata-se de uma revisão sistemática da literatura, que visa sintetizar dados de estudos através das recomendações do método PRISMA (MOHER et al., 2009). A pesquisa foi desenvolvida a partir da questão: Qual a frequência de sarcopenia em idosos internados em UTI e quais os fatores associados para a sua ocorrência?

Para a construção da revisão sistemática é preciso percorrer diversas etapas, similares aos estágios de desenvolvimento de pesquisa convencional. Na primeira etapa, elaborou-se a pergunta para a revisão, acerca da temática de sarcopenia em idosos internados em UTI, o que permitiu definir de forma sucinta as variáveis a partir da literatura existente.

Algumas características foram utilizadas como critérios de elegibilidade, com o recorte temporal de 2017-2022, estudos publicados nos idiomas português, inglês ou espanhol, e ainda, que estivessem disponíveis na íntegra online.

A busca e seleção dos estudos primários, foram realizadas nas bases de dados eletrônicas do Centro Latino Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BVS/

BIREME/LILACS) Scopus (Elsevier) e *National Library of Medicine National Institutes of Health* (PubMed) no período entre junho e agosto de 2021, e atualizada em outubro de 2022. Os descritores utilizados para a pesquisa dos dados seguiram a classificação dos Descritores em Ciências de Saúde (DECS), da biblioteca virtual em saúde e na *Medical Subject Headings* (MeSH) e foram associadas aos operadores booleano AND como: *Sarcopenia* (AND) *ICU* (AND) *Aged*, em inglês; *Sarcopenia* (AND), *UTI* (AND) *Idoso*, em português; *Sarcopenia* (AND) *UCI* (AND) *Anciano*, em espanhol.

Inicialmente foram encontradas na base de dados eletrônica Scopus 71 publicações, no Scielo 76 publicações, e no portal BVS 66 publicações. Então realizou-se a leitura de forma independente dos resumos dos estudos, para identificar se atendiam à temática de pesquisa. Do total, três estudos foram considerados elegíveis para a realização da revisão. Os critérios de exclusão foram artigos publicados em outros meios de comunicação que não fossem periódicos científicos, estudos que não estavam disponíveis na íntegra online, editoriais, artigos de revisão, artigos que não abordassem exclusivamente a população idosa e estudos duplicados.

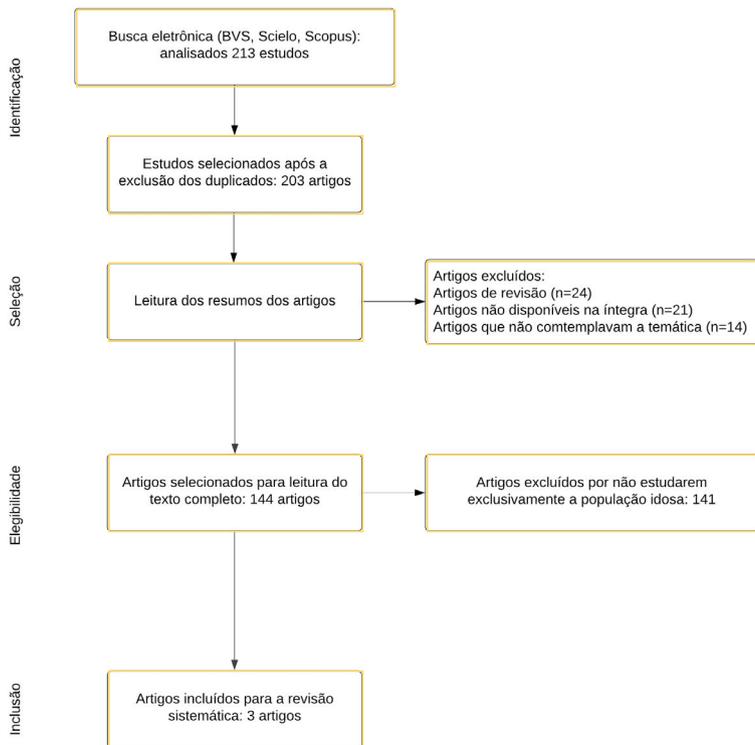
Os dados foram estruturados em um quadro expositivo, organizados de acordo com as variáveis: nome do periódico, título, nome dos autores, ano de publicação, objetivos, país e metodologia (Quadro 1).

## Resultados

A partir dos descritores utilizados, foram obtidos 238 estudos, com a seleção dos filtros e limites temporais, totalizou-se 213 estudos e destes, três preencheram os critérios

de inclusão e foram incluídos nesta revisão. A seleção dos estudos, segundo o modelo PRISMA, está descrita na Figura 1.

Figura 1 – Fluxograma da seleção de artigos para a revisão



Fonte: Passo Fundo - RS, 2022.

No quadro 1, estão descritos os três estudos primários para a análise e avaliação, sendo organizados por autores, país de realização da pesquisa, ano de publicação, bases de dados, título, objetivo do estudo, delineamento da pesquisa e método de avaliação da sarcopenia, número de pacientes avaliados e fatores preditores da sarcopenia.

Quadro 1 – Estudos sobre sarcopenia em idosos internados em UTI -2017-2022 (n=3)

Autores	HOOGT et al.	ZHI et al.	KOU et al.
País/Ano	Holanda, 2017	China, 2019	China, 2019
Base de Dados	BVS	BVS	PubMed
Título	Functional Compromise Cohort Study (FCCS): Sarcopenia is a Strong Predictor of Mortality in the Intensive Care Unit.	Low skeletal muscle area as a prognostic marker for chronic obstructive pulmonary disease in elderly patients admitted to ICU.	Sarcopenia is an effective predictor of difficult-to-wean and mortality among critically ill surgical patients.
Objetivo do Estudo	Investigar se a sarcopenia está associada à mortalidade em pacientes internados em UTI.	Investigar se TC da AMDT12 poderia ser usado como um preditor de mortalidade intra-hospitalar e sobrevida a longo prazo em pacientes idosos com DPOC internados em UTI.	Explorar a associação entre sarcopenia e difícil desmame da ventilação mecânica em pacientes cirúrgicos gravemente enfermos. A influência da sarcopenia na mortalidade de idosos na UTI também foi analisada.
Delineamento da Pesquisa	Estudo observacional retrospectivo	Estudo caso-controle retrospectivo	Estudo de coorte retrospectivo
Método de avaliação da sarcopenia/Número de pacientes avaliados	TC da vértebra L3 / 139 pacientes	TC da área do grupo de músculos dorsais da vértebra T12 / 136 pacientes	TC da vértebra L3 / 96 pacientes
Fatores preditores de sarcopenia	Idade	DPOC	VM

LEGENDA: BVS = Biblioteca Virtual em Saúde; FCCS = *Functional Compromise Cohort Study*; UTI = Unidade de Terapia Intensiva; TC = Tomografia Computadorizada; AMDT12 = Área de grupo de Músculos Dorsais da Décima Segunda Vértebra Torácica; DPOC = Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica; VM = Ventilação Mecânica.

Em relação aos estudos que constituíram esta análise, foram encontrados na plataforma BVS (n=2), no PubMed (n=1). Dos artigos encontrados na plataforma Scopus, nenhum atendeu aos critérios de elegibilidade. Todos os artigos estavam no idioma inglês, sendo os países de origem China (n=2) e Holanda (n=1). Em relação ao ano de publicação dos estudos, um estudo foi publicado no ano de 2017 e dois estudos no ano de 2019. Analisando as características metodológicas, foram encontrados: estudo observacional retrospectivo (n=1), estudo caso-controle retrospectivo (n=1) e estudo de coorte retrospectivo (n=1).

A sarcopenia foi identificada, em dois estudos avaliados (HOOGT et al., 2019; KOU et al., 2019), por meio de Tomografia Computadorizada (TC) da terceira vértebra lombar (L3). Ainda, outra metodologia utilizada em um dos estudos, foi a TC da área de grupo de músculos dorsais da décima segunda vértebra torácica (AMDT12) (ZHI et al., 2019).

Em 2018, o EWGSOP (*European Working Group on Sarcopenia in Older People - Grupo de Trabalho Europeu sobre Sarcopenia em Pessoas Idosas*), ao revisar os critérios para o diagnóstico da sarcopenia, afirmou que a medida de TC da L3 serve como uma ferramenta para avaliar a musculatura esquelética e correlacionar com a musculatura total do corpo, uma vez que as medidas de massa muscular, força muscular e atividade física não estão disponíveis neste momento. A TC da L3 é capaz de determinar a área transversal total do músculo, que é correlacionado com a quantidade total de massa muscular do corpo (CRUZ-JENTOFT et al., 2018). Porém, a TC abdominal não é um exame comum para pacientes internados com DPOC, nesta patologia, o exame tradicional solicitado é a TC de tórax. Portanto, a utilização

da AMDT12 como avaliação da massa muscular em pacientes com DPOC pode ser uma estratégia alternativa em ocasiões em que a TC da L3 não está disponível.

A prevalência de sarcopenia encontrada nos estudos foi de 31,3% a 42,4%. A mortalidade em pacientes sarcopênicos foi de 18,8% a 43,38%, e considerada elevada. Os fatores preditores para a sarcopenia nos estudos analisados foram idade, baixa massa muscular e tempo de ventilação mecânica.

Com a finalidade de investigar o estado nutricional e a fragilidade dos pacientes internados em UTI, Hoogt et al. (2019), utilizaram o Questionário Nutricional Simplificado de Apetite (QNSA) (STIES et al., 2012) e o Indicador de Fragilidade de Groningen (GFI) (BORGES et al., 2019). Os achados demonstraram que 27% dos pacientes do grupo com pontuação maior ou igual a quatro na escala de fragilidade foram a óbito, enquanto 15% dos pacientes morreram no grupo com pontuação menor.

Ainda, a mesma pesquisa avaliou a sarcopenia através da Tomografia Computadorizada (TC) da terceira vértebra lombar (L3), e a associou com a mortalidade, detectando que 34% dos pacientes que foram classificados como sarcopênicos foram a óbito, enquanto que nos pacientes classificados como não sarcopênicos, a mortalidade foi de 18%, enfatizando que elevados índices de sarcopenia e do escore de QNSA são importantes na predição de mortalidade em paciente internados em UTI (HOOGT et al., 2019).

Utilizando o mesmo critério de avaliação, Kou et al. (2019) realizaram um estudo na China, com 96 pacientes e investigaram a associação entre sarcopenia e dificuldade de desmame da ventilação mecânica em pacientes cirúrgicos gravemente enfermos. Os pacientes foram avaliados em dois grupos: di-

ficuldade no desmame, ou seja, pacientes que necessitaram de mais de sete dias de desmame após o primeiro teste de respiração espontânea; e o grupo de pacientes que necessitaram de reintubação dentro de 48 horas após a extubação.

A sarcopenia foi avaliada através da TC da vértebra L3, classificando 31,3% dos pacientes como sarcopênicos, sendo que 18,8% dos pacientes foram a óbito durante a internação na UTI. Em contrapartida, os pacientes com difícil desmame da VM tiveram baixa musculatura a nível de L3 e pontuações maiores nos escores APACHE II e SOFA que são indicadores de gravidade em pacientes internados em UTI. Dessa forma, os autores enfatizam que a sarcopenia é fator preditivo significativo para dificuldade no desmame de pacientes cirúrgicos criticamente enfermos (KOU et al., 2019).

Os resultados encontrados nos estudos desta revisão evidenciam a elevada mortalidade em pacientes com sarcopenia, sendo a baixa musculatura da L3 relatada como um fator preditivo para o desenvolvimento da doença.

Zhi et al. (2019), avaliaram se a TC de tórax da área do grupo de músculos dorsais da vértebra T12 (AMDT12) poderia ser utilizada como preditor de mortalidade hospitalar e sobrevivência a longo prazo em pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC). Dos pacientes avaliados, 43,38% eram portadores de DPOC avançado e foram a óbito. Pacientes com idade avançada foram diagnosticados com sarcopenia em maior quantidade. A AMDT12 foi menor nos pacientes que tiveram como desfecho o óbito, pacientes com AMDT12 alta tiveram sobrevida maior (214 dias), já os com AMDT12 baixa, a sobrevida foi de 32 dias.

Sabe-se que os pacientes críticos portadores de DPOC tiveram elevada perda de massa muscular em função da

admissão na UTI e uso de ventilação mecânica. Ainda, a AMDT12 foi associada ao nível de albumina sérica na admissão e durante a internação, sendo que os pacientes tiveram uma redução significativa do nível sérico de albumina, o que pode-se associar com a perda de massa magra e queda do estado nutricional (ZHI et al., 2019).

Os estudos analisados apresentaram limitações metodológicas quanto ao tamanho amostral, o que evidencia a necessidade de novos estudos clínicos para diagnósticos alternativos da sarcopenia.

## Considerações Finais

Com os critérios estreitos de seleção dos estudos, utilizados para realizar esta revisão, alguns estudos relevantes com a mesma abordagem, podem ter sido excluídos, resultando em limitação desta revisão.

Os estudos selecionados para esta revisão, identificaram que a sarcopenia em idosos internados em UTI foi elevada, muitas vezes associada ao desfecho óbito. Evidencia-se ainda que o baixo aporte calórico-proteico, o tempo de ventilação mecânica e a fragilidade dos idosos estão fortemente associados ao diagnóstico de sarcopenia. A busca por novos métodos de diagnóstico da sarcopenia, para que esta não seja subestimada durante a internação dos pacientes em UTI, torna-se essencial uma vez que o acesso aos exames tradicionais, como a TC, pode ter custo elevado.

## Referências Bibliográficas

BORGES, C. L. et al. Tradução e adaptação transcultural do Groningen Frailty Indicator para idosos brasileiros. *Journal Of Health & Biological Sciences*, Fortaleza, v. 7, n. 3, p. 242-247, jun. 2019.

CARNEIRO, F. M.; TOFFOLO, M. C. F. Análise da adequação energética e proteica, de pacientes em terapia nutricional enteral internados em unidade de terapia intensiva em um hospital geral da Zona da Mata Mineira. *Braspen Journal*, Muriaé, v. 35, n. 1, p. 77-83, mai. 2020.

CRUZ-JENTOFT, A. J. et al. Sarcopenia: revised european consensus on definition and diagnosis. *Age And Ageing*, Madri, v. 48, n. 1, p. 16-31, set. 2018.

HOOGT, P. A. et al. Functional Compromise Cohort Study (FCCS): sarcopenia is a strong predictor of mortality in the intensive care unit. *World Journal Of Surgery*, Maastricht, v. 42, n. 6, p. 1733-1741, dez. 2017.

KIZILARSLANOGLU, M. C. et al. Sarcopenia in critically ill patients. *Journal Of Anesthesia*, Ankara, v. 30, n. 5, p. 884-890, jul. 2016.

KOU, H. et al. Sarcopenia is an effective predictor of difficult-to-wean and mortality among critically ill surgical patients. *Plos One*, Taiwan, v. 14, n. 8, p. 1-13, ago. 2019.

MOHER, D. et al. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *BMJ*, Ottawa, v. 339, n. 211, p. 1-8, jul. 2009.

NUNES, R. S. Avaliação Nutricional do Paciente Crítico na Unidade de Terapia Intensiva: estudo de revisão. *Amazônia Science & Health*, Gurupi, v. 4, n. 2, p. 36-40, jun. 2016.

OLIVEIRA, A. M.; SILVA, F. M. *Dietoterapia nas doenças do adulto*. 1. ed. Rio de Janeiro: Rubio, 2018.

STIES, S. W. et al. Questionário nutricional simplificado de apetite (QNSA) para uso em programas de reabilitação cardiopulmonar e metabólica. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, Florianópolis, v. 18, n. 5, p. 313-317, out. 2012.

TOLEDO, D.O.; CASTRO, M. G. *Terapia Nutricional em UTI*. 2. ed. Rio de Janeiro: Rubio, 2019.

ZHI, J. et al. Low skeletal muscle area as a prognostic marker for chronic obstructive pulmonary disease in elderly patients admitted to ICU. *Scientific Reports*, Yangzhou, v. 9, n. 1, p. 1-8, dez. 2019.

# 6

## Terapia da dignidade no âmbito dos cuidados paliativos

*Alexandra Verardi Burlamaque  
Silvana Alba Scortegagna*

### Introdução

Os avanços em ciências da saúde trazem o aprimoramento em relação aos tratamentos ofertados na área médica, sendo cada vez mais comum a cronificação de doenças anteriormente consideradas agudas e até mesmo fatais. Além disso, o aumento da expectativa de vida e envelhecimento da população desafia os profissionais na oferta de serviços voltados à melhora na qualidade de vida.

Cuidados paliativos, de acordo com a WHO (2002), refere-se a uma abordagem que

[...] objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares diante de uma doença que ameaça a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais.

Sendo assim, é importante que o paciente seja visto e compreendido como um ser que possui sua própria história de vida, assim como, direito à informação e autonomia ple-

na para as decisões sobre seu tratamento - a partir do olhar de uma equipe multidisciplinar (DA CRUZ et al., 2021; NAVES et al., 2021).

Mesmo com os avanços científicos, a cultura ainda dominante nos centros de saúde é a dos tratamentos com intuito curativo, onde o principal objetivo é o extermínio da doença de base. Os cuidados paliativos surgiram como uma prioridade no âmbito das políticas em saúde, posto que, cresce cada vez mais o número de pessoas com doenças crônicas e incuráveis (DO NASCIMENTO, 2021). Essa área do cuidado - da assistência ao processo de morte e de morrer - busca por meio da analgesia, do controle de sintomas, do apoio psicossocial e espiritual, uma melhora na qualidade de vida e enfrentamento da doença incurável (NAVES et al., 2021).

A partir de estudo realizado por Van der Maas et al. (1991), observou-se pela primeira vez o termo dignidade sendo associado a doenças incuráveis. O trabalho se baseou em entrevistas com médicos e demais profissionais que haviam participado do processo de eutanasia/suicídio assistido de aproximadamente 7.000 pessoas, buscando-se as principais razões apontadas por estes pacientes como motivos que os levaram a escolher tal fim. De acordo com os médicos, a perda de dignidade tinha sido o motivo mais frequentemente apontado pelos pacientes (57%).

Em vista ao exposto, a questão da dignidade começou a ser amplamente discutida pelo psiquiatra canadense. Chochinov et al. (2002), a partir de pesquisas onde investigaram os estressores psicológicos aos quais pacientes em cuidados paliativos e/ou cuidados de fim de vida estavam submetidos, a saber: ansiedade, depressão, desesperança, diminuição do

bem-estar, sentido/propósito de vida, desvalia, desejo de antecipar a morte e sensação de inutilidade.

A partir disso, a Terapia da Dignidade (TD) foi oficialmente desenvolvida por Chochinov e colaboradores no ano de 2005, sendo caracterizada como uma abordagem breve e individualizada, a qual permite que o paciente discuta questões existenciais importantes para a manutenção da sua dignidade, a fim de responder às angústias psicossociais e existenciais.

Em Portugal, Julião (2014) comparou a sobrevida em pacientes que receberam TD somada ao cuidado paliativo padrão, *versus* pacientes que receberam apenas esta última. O autor encontrou índices de sobrevida maiores e com maior qualidade, nos pacientes que receberam as duas abordagens. Tal estudo sugere que a relação entre a maior sobrevida com qualidade e a implementação da TD seja justificada pelo aumento da disposição, vontade de viver, diminuição do sofrimento físico e algico. Compreende-se, portanto, que a TD é complementar à assistência paliativa padrão e deve ser cada vez mais implementada pelas equipes de saúde (RODRIGUES, 2021).

Sendo assim, a TD torna-se um instrumento importante dentro do contexto dos cuidados paliativos, observando-se a relevância de sua divulgação entre os profissionais da saúde. Percebe-se, então, a necessidade de materiais de qualidade e de relevância para as pesquisas científicas, bem como, a aplicação e treinamentos deste protocolo para as equipes de cuidados paliativos. Diante do exposto, este capítulo tem por objetivo reunir evidências empíricas sobre a TD no âmbito dos cuidados paliativos. Inicialmente, para melhor compreensão da temática estudada, foram abordadas as temá-

ticas dos cuidados paliativos e TD, para posterior discussão a respeito dos achados nos artigos abordados neste estudo.

## Desenvolvimento

### Cuidados Paliativos

O conceito de cuidados paliativos foi proposto pela primeira vez na França, em 1960, no movimento *Hospice* criado por Cicely Saunders et al. (2004), que possuía o intuito de apresentar uma nova caracterização dos cuidados ofertados nos centros de saúde, os quais estavam intimamente relacionados ao controle de dor e dos sintomas decorrentes das doenças. A proposta reforçou a importância do olhar biopsicossocial aos pacientes, que são compostos por vivências internas que lhes compõem a sua subjetividade e forma de ver o mundo.

Conforme Simplicio e Verissimo (2021), os cuidados paliativos e o moderno movimento dos *hospice* têm crescido cada vez mais e, após quatro décadas de seu surgimento, há registros de serviços de cuidados paliativos em 115 países e em 41 países o potencial de ser desenvolvido e implantado. Souza et al. (2021) destacam que os cuidados paliativos buscam afirmar a vida e a morte como processos naturais, não tendendo a prolongar ou a postergar a morte, integrando os cuidados na tentativa de ofertar ao paciente uma qualidade de vida maior, dentro de suas particularidades. A inserção do tratamento paliativo é indicada nos quadros de doenças avançadas e incuráveis, onde existe uma falta de respostas nos tratamentos de cunho curativo (SOUZA et al., 2021), sendo importante ressaltar que as características dos cuida-

dos paliativos a serem utilizadas em cada paciente irá depender de seu diagnóstico, fase da doença, sintomas apresentados e outros aspectos biopsicossociais.

De acordo com Aguiar e Silva (2021), o ser humano é um ser biopsicossocial, que em sua formação sofre não somente influências biológicas, mas também psicológicas e sociais. Os profissionais atuantes em cuidados paliativos, compreendem que o conceito de saúde não é, portanto, atrelado apenas à ausência de doença física, englobando também o bem-estar subjetivo do paciente e sua capacidade de lidar com as suas próprias emoções e sentimentos (VAZ; SILVEIRA, 2021).

## Terapia Da Dignidade

A perda da dignidade é uma das razões mais comuns que os médicos citam quando questionados sobre por que concordaram com o pedido de um paciente de eutanásia ou alguma forma de suicídio assistido (VAN DER MAAS, 1991). Apesar do uso do termo dignidade em argumentos a favor e contra o autogoverno de um paciente em questões relativas à morte, Chochinov et al. (2002) identificaram que havia uma notável falta de dados empíricos e pesquisas examinando a dignidade do ponto de vista dos pacientes.

Embora as definições de dicionário do termo dignidade estejam disponíveis, as definições e conceituações de dignidade de pacientes e profissionais de saúde estão visivelmente ausentes na literatura científica. Essa falta de precisão e possivelmente de consenso ou compreensão sobre o termo, mobilizaram Chochinov et al. (2002) na criação do modelo da dignidade (tabela 1), que é criado a partir da perspectiva

de pacientes terminais em um Hospital de Cuidados Paliativos no Canadá, onde os mesmos trazem conceitos e temas que impactam no senso de dignidade.

Tabela 1 – Temas da dignidade, definição e implicações da Terapia da Dignidade

Tema da dignidade	Definição	Implicações da TD
Generatividade	A noção de que, para alguns pacientes, a dignidade é entrelaçada com a sensação de que sua vida valeu para algo ou que teve alguma influência para além da morte.	As sessões são gravadas e transcritas, com uma transcrição editada ou “documento de generatividade” sendo devolvido ao paciente para destinar a um amigo ou membro da família.
Continuidade de si/do self	Ser capaz de manter a sensação de que sua essência está intacta apesar do avanço da doença.	Os pacientes são convidados a falar sobre questões que são fundamentais para seu senso de personalidade ou self.
Preservação de papel	Ser capaz de manter o senso de identificação com um ou mais papéis anteriormente desempenhados.	Os pacientes são questionados sobre papéis/funções que podem ter contribuído para sua identidade.
Manutenção do orgulho	Habilidade de sustentar um senso positivo de autoestima.	Oferecer uma oportunidade de falar sobre suas conquistas e realizações que lhe causam orgulho.
Esperança	A esperança se relaciona à habilidade de encontrar ou manter um senso de significado ou propósito.	Os pacientes são convidados a fazer parte de um processo terapêutico que possui a intenção de instigar o senso de significado e propósito.
Preocupações com as consequências	Preocupações ou medos relacionados ao “peso” ou desafios que sua morte irá causar nos outros.	Convidar o paciente a falar sobre coisas que possam preparar seus entes queridos para um futuro sem eles.
Tonalidade/tenor de cuidados	Se refere a atitude e formas como os outros interagem com o paciente que possam ou não promover dignidade.	A tonalidade dos cuidados é empática, sem julgamentos, encorajadora e respeitosa.

Fonte: Chochinov et al. (2002)

Desenvolvida por Chochinov et al. (2002), a TD caracteriza-se como uma psicoterapia breve e individualizada e que se trata de uma base clínica para atingir o propósito terapêutico de melhorar a dignidade em fim de vida. Os participantes da TD são convidados a refletir sobre as questões de vida que lhes são mais importantes ou outros assuntos que possam querer transmitir – partes da sua vida de que mais se orgulhem e que sentem que são, ou foram, mais significativas; histórias que mais gostariam que fossem lembradas; ou conselhos para sua família e amigos. Esta discussão é gravada, transcrita e editada num documento de legado final que é entregue ao paciente que, se desejar, poderá partilhar com as pessoas que lhe são mais queridas (JULIÃO, 2014).

Para o desenvolvimento desta modalidade de terapia são necessários de três a quatro encontros, realizados em um período de aproximadamente duas a três semanas. Em um primeiro momento, é explicado ao participante de que forma acontecerão os encontros e entrega-se o protocolo de questões da Terapia da Dignidade (Tabela 2). No segundo encontro, realizam-se as perguntas do protocolo ao participante, sendo o atendimento gravado para posterior transcrição do conteúdo. A partir dessas perguntas, descritas na Tabela 2, se desenvolve uma reflexão acerca da vida e das áreas de sofrimento destes pacientes, abordando aspectos de sentido e propósito de vida.

Tabela 2 – Perguntas norteadoras da Terapia da Dignidade adaptadas de Chochinov et al. (2005)

1. Fale-me um pouco da sua história de vida, particularmente as partes que recordas, ou pensas serem as mais importantes?
2. Quando é que se sentiu mais vivo?
3. Existem coisas específicas que queira que a sua família saiba sobre você? Existem coisas particulares que queira que sua família recorde?
4. Quais são os papéis mais importantes que desempenhou em sua vida? (familiares, profissionais...)
5. Por que esses papéis são tão importantes para você e o que pensas ter atingido com eles?
6. Quais são os seus maiores feitos e de quais se sente mais orgulhoso?
7. Existem coisas específicas que queira dizer aos seus entes queridos?
8. Qual é o seu desejo para o futuro em relação aos seus entes queridos?
9. O que aprendeu com a vida que gostaria de passar aos outros?
10. Que conselhos ou palavras gostaria de deixar para (filho(a), cônjuge, amigos, outros)?
11. Existem palavras ou instruções que gostaria de deixar para sua família para os ajudar a preparar o futuro?
12. Na criação deste documento, gostaria de deixar outras coisas ditas?

Fonte: Adaptado de Julião & Barbosa (2012).

A Tabela 2 apresenta questões semi-dirigidas, cujas respostas dos pacientes compõem, ao final da transcrição, um documento chamado de “legado” e que, num terceiro encontro, é lido e analisado pelo participante, para que possa realizar as modificações que considerar necessárias. Ao final da técnica, entrega-se o documento ao participante, e este decide a destinação do legado (JULIÃO, 2014).

Nessa ótica, o Protocolo da Dignidade do Paciente apresenta-se como instrumento legítimo de representação e de projeção de si e, também, como forma de ampliar a possibi-

lidade de expressão das demandas subjetivas e intersubjetivas inerentes ao ser humano, portador de uma história de vida e identidade que lhe é única.

## Evidências Empíricas Dos Artigos Publicados Sobre A Td No Âmbito Dos Cuidados Paliativos (2019 – 2022)

Para realização deste estudo, foram considerados estudos em formato eletrônico e disponíveis nas bases de dados PubMed, PsycInfo, PePSIC e Biblioteca Virtual em Saúde e Scielo nas línguas portuguesa e inglesa, utilizando-se os seguintes descritores: Terapia da Dignidade e Cuidados Paliativos.

Foram localizados 42 estudos, aplicando as palavras-chave nas bases de dados. A partir disso, iniciou-se o processo de seleção considerando os critérios de inclusão: estudos de 2019 a 2022 e relacionados à intervenção da TD em cuidados paliativos. Em seguida, analisou-se a temática dos estudos, a partir da leitura do título e resumo, restando um total de seis artigos e uma dissertação que se relacionavam aos cuidados paliativos.

## Resultados

A Tabela 3 apresenta a relação dos estudos encontrados considerando autor/país, objetivos, amostra e instrumentos utilizados, resultados.

Tabela 3 – Dados descritivos dos artigos selecionados

(continua...)

AUTOR/PAÍS	OBJETIVOS	AMOSTRA E INSTRUMENTOS	RESULTADOS
1 – ZAKI-NEJAD et al. (2020) - Irã	Avaliar os efeitos da TD na qualidade de vida de pacientes com câncer em cuidados paliativos	50 participantes, de ambos os sexos, a partir de 18 anos. Instrumentos utilizados foram entrevista verbal, questionário demográfico e Questionário de Qualidade de Vida em Cuidados Paliativos (EORTC – QLQ – C15- PAI)	Os resultados mostraram que a TD ocasionou uma maior qualidade de vida para o grupo que recebeu a intervenção. Ocorreu também uma significativa melhora no desempenho físico do grupo que recebeu a intervenção, bem como, melhora em sintomas físicos de náusea e vômitos, insônia e constipação.
2 – NUNZIANTE et al. (2021) - Itália	Avaliar a viabilidade e aceitabilidade da TD liderada por enfermeiros com pacientes com câncer em cuidados paliativos	28 pacientes completaram a pesquisa, de ambos os sexos e idades a partir de 18 anos. Os instrumentos utilizados foram o Inventário da Dignidade do Paciente e Questionário de Feedback da TD versão do paciente.	Um total de 37 de 50 pacientes foram incluídos (74%), sendo que 28 (75%) completaram a intervenção. A maior parte dos pacientes considerou a TD benéfica e satisfatória. A construção de oportunidades de crescimento pessoal e a prestação de cuidados holísticos surgiram entre os facilitadores da implementação da TD.
3 – COVAS et al., (2020) - Portugal	Analisar a influência da TD na qualidade de vida dos doentes terminais em cuidados paliativos. Identificar a necessidade da aplicação da TD em pacientes em fim de vida em cuidados paliativos.	Não se aplica	A TD mostrou-se um fator influenciador na minimização do sofrimento biopsicossocial. Há necessidade de outros estudos acerca desta temática, visto não existirem evidências científicas suficientes.
4 - KITTELSON et al. (2019) – Estados Unidos	Ensaio clínico randomizado cujos objetivos são: 1) comparar grupos que recebem cuidados paliativos usuais para pacientes idosos com câncer em cuidados paliativos ou tratamento usual em cuidados paliativos com a Terapia da Dignidade para efeitos em: impacto na dignidade, tarefas existenciais, consciência do prognóstico do câncer	Participaram da pesquisa 560 pacientes idosos, de ambos os sexos e que receberam a intervenção da TD.	A pesquisa ainda está em processo de coleta de dados, porém, os autores referem que os pacientes em cuidados paliativos recebendo a TD respondem de forma mais efetiva e receptiva às intervenções voltadas aos cuidados paliativos.

(conclusão)

5 - OLIVEIRA (2020) – Portugal	Avaliar a eficácia de uma intervenção baseada na TD nos familiares cuidadores de pacientes oncológicos em cuidados paliativos em relação à depressão, ansiedade, estresse e luto antecipatório.	Participaram da pesquisa 18 familiares e os respectivos pacientes, sendo 14 indivíduos do sexo feminino e 4 do sexo masculino, de idades entre 24 e 73 anos. Foram aplicadas a Escala de Luto Antecipatório (ELA) e a Escala de Ansiedade, Stress e Depressão (EADS).	Observou-se uma diminuição da ansiedade, depressão e estresse e do luto antecipatório no pós-intervenção. Verificou-se, também, uma aproximação do familiar ao paciente, facilitando a expressão e exteriorização emocional.
6 - BUONACORSO (2021) – Itália	Explorar os significados emergentes a partir de duas questões da TD, particularmente relacionadas à generatividade em pacientes oncológicos recebendo diferentes cuidados.	37 pacientes oncológicos participaram da pesquisa, de ambos os sexos e a partir de 18 anos de idade. O instrumento utilizado foi o protocolo de questões da TD.	Três temas emergiram de 37 sessões de TD em relação às duas questões: a) significados sobre a vida atual e a doença, e a experiência do sofrimento; b) pensamentos e ações em relação a si mesmo; c) pensamentos e ações em relação aos outros significativos. Todas as modalidades de cuidado tiveram benefícios da TD.
7 - IANI et al. (2020) – Itália	Contribuir com a literatura já existente ao investigar a eficácia da TD para dimensões específicas de bem-estar espiritual, desmoralização e sofrimento relacionado à dignidade em uma amostra de pacientes terminais.	35 pacientes finalizaram o estudo, de ambos os sexos e idades a partir de 18 anos, que estivessem em estágio de terminalidade. Como instrumentos foram utilizados a Escala de Avaliação Funcional de Doenças Crônicas – Bem-estar Espiritual (FACIT – Sp) e a Escala de Desmoralização II (DS-II).	A TD manteve níveis similares de senso de paz do pré-teste ao acompanhamento no pós-teste. Não foram encontradas mudanças longitudinais significativas nas medidas de fé, perda de significado e propósito, angústia e capacidade de enfrentamento das angústias existenciais. Os achados são relevantes na área dos cuidados paliativos e sugerem a necessidade de mais pesquisas relacionadas à TD.

Fonte: Autores (2022).

A presente revisão inclui 7 estudos internacionais (Tabela 3), desenvolvidos na Itália (n=3), em Portugal (n=2), no Irã (n=1), e nos Estados Unidos (n=1). A maior parte dos estudos analisados contém participantes com idades a partir de 18 anos, de ambos os sexos, portadores de câncer.

Nos estudos 1, 4 e 6 o objetivo foi analisar a influência da TD nas mais diversas variáveis (qualidade de vida, senso de paz, intervenção com familiares, bem-estar). De acordo com esses estudos, os resultados sugerem a potencialidade dos benefícios em realizar a intervenção da TD em pacientes que se encontram em cuidados paliativos, posto que, tal intervenção propicia aos pacientes a oportunidade de um espaço de escuta qualificada e, mais importante ainda, um espaço de fala, que possa refletir sobre sua própria vida e ter um maior senso de propósito e valor em face à vivência de uma doença sem possibilidades de cura.

O espaço ofertado pela TD ao paciente também propicia a revisão de valores e a reconciliação com vivências passadas e pessoas na vida deste paciente (a partir das reflexões que serão geradas pelas perguntas norteadoras da TD) e construção do legado (algo que possa ser deixado para futuras gerações e pessoas importantes para o indivíduo. Da mesma forma, a TD também se mostrou benéfica no que diz respeito a consequências psicológicas desencadeadas pela vivência do adoecimento, como frustrações, medo, angústias existenciais, ansiedade, depressão, desesperança (IANI et al., 2007).

Em todos os 7 estudos foi possível verificar que a aplicação da TD teve efeitos na diminuição dos sintomas de ansiedade e de depressão, bem como, aumento da capacidade de resolução de problemas e de resiliência, promovendo

maior aceitação da condição física. O estudo de Zaki-Nejad et.al (2020) evidenciou, no grupo de intervenção, importante melhora na qualidade de vida e diferença significativa entre o grupo que recebeu intervenção e o grupo que não recebeu no funcionamento físico e funcionamento emocional. Também foi demonstrado que a TD levou a uma melhora nos sintomas como náuseas e vômitos, insônia, apetite e prisão de ventre.

Os achados deste estudo corroboram com o que a literatura traz acerca dos benefícios físicos e emocionais proporcionados pela TD, pois trata-se de uma abordagem que busca proporcionar protagonismo ao paciente em face ao seu tratamento. Diante disso, evidencia-se que a TD proporciona alívio do sofrimento psicológico inerente à vivência dos cuidados paliativos, auxiliando no aumento da esperança, resolução de problemas e pendências (COVAS, 2020).

O estudo realizado por Nuziante et al. (2021) propôs a aplicação da TD por enfermeiros em uma instituição de saúde em um grupo de 28 pacientes em tratamento paliativo, evidenciando que ao final da intervenção, os pacientes sentiram-se valorizados e consideraram a abordagem útil e satisfatória, proporcionando novas oportunidades de crescimento pessoal e recebimento de um tratamento mais humano e integral por parte da equipe. Porém, os enfermeiros destacaram a resistência dos demais colegas de equipe na proposta da TD, sugerindo a dificuldade das equipes em sair das formas de tratamento “tradicionais” e transpor barreiras na oferta de um tratamento mais humanizado e singular.

Como citado por Kittelson et al. (2019), a TD tem viabilidade clara, porém, eficácia inconsistente diante da escassez de estudos. Os autores relatam que a teoria acerca da

TD e importância da dignidade no paciente paliativo já se encontra mais claro nas revisões de literatura e disciplinas na temática dos cuidados paliativos, porém, ainda permanece com pouca aplicação em situações de vida real, visto que, a maior parte das intervenções feitas na especialidade dos cuidados paliativos ainda é muito voltada ao alívio do sofrimento físico, como a dor.

A TD surge como uma abordagem que, ao contrário da maioria das intervenções neste contexto, não foca nos sintomas e sim na sua potencialidade para melhorar o significado e propósito de vida dos indivíduos em quem é aplicada (CHOCHINOV et al., 2005). Corroborando, o estudo de Iani et al. (2020) realizou a TD em 64 pacientes paliativos que foram aleatoriamente designados para o grupo de intervenção. A TD aumentou a capacidade de enfrentamento destes indivíduos à realidade do seu tratamento, assim como, melhorou o senso de propósito e sofrimento existencial no pós-intervenção.

O estudo de Iani et al., (2020) fornece evidências de que os pacientes que receberam a intervenção da TD apresentaram maior bem-estar subjetivo e níveis mais altos de paz no pós-intervenção e em comparação com os pacientes que não receberam a intervenção. A partir desse olhar humanizado que a TD proporciona, o foco é na melhora dos recursos internos de enfrentamento dos sujeitos em cuidados paliativos, que já se trata de uma especialidade relativamente nova dentro das ciências médicas e instituições de saúde.

Importante ressaltar que a TD também demonstra bons resultados na melhora da relação do paciente com sua rede de apoio, como evidencia Oliveira (2020) em estudo randomizado exploratório realizado com 18 familiares cuidado-

res de pacientes oncológicos em cuidados paliativos e respectivos pacientes. Neste estudo, observou-se que após a intervenção da TD nos pacientes, os familiares identificaram melhora significativa na elaboração do luto antecipatório e sintomas de ansiedade e depressão.

Em suma, a TD mostra-se um importante instrumento dentro da área dos cuidados paliativos, tornando-se de extrema relevância a implementação desta terapêutica como parte do protocolo de intervenção com os pacientes e até mesmo familiares. Essa intervenção, a partir dos estudos analisados, mostra-se essencial para que os pacientes possam expressar seus sentimentos e organizar-se interna e externamente frente à vivência do adoecimento e sua incurabilidade.

## Considerações Finais

Os estudos mostram a grande potencialidade da TD nos pacientes que encontram-se recebendo tratamento paliativo. No âmbito dos cuidados paliativos, a TD oferta a possibilidade de abertura de um espaço de fala e reflexão aos pacientes com doenças graves e incuráveis, possibilitando que o paciente possa expressar-se enquanto sujeito ativo e protagonista de sua história, proporcionando, ainda, a construção de um legado para gerações futuras e reconciliação com pessoas importantes e resolução de pendências.

Evidencia-se o aumento da dignidade não somente no período de fim de vida, mas também no percurso da doença crônica vivenciada pelos pacientes. Além disso, identifica-se a diminuição de sintomas de estresse, dos sintomas de depressão, dos sintomas de ansiedade e aumento do sen-

so de controle de certos aspectos da vida do paciente e, conseqüentemente, a maior elaboração do adoecimento. Também, ocorre significativa melhora da comunicação do paciente com seus familiares e também com as equipes multidisciplinares que o acompanham.

A TD apresenta-se, assim, como um recurso terapêutico que visa oferecer ao paciente um espaço de reflexões e soma de potencialidades, algo tão importante de ser viabilizado ao paciente paliativo. Sabe-se dos avanços farmacológicos e de tratamento clínico nos grandes centros de paliativismo, no entanto, ainda permanecem lacunas no que se refere às abordagens psicológicas ao paciente, sendo necessárias pesquisas sobre a temática da TD em diferentes culturas, faixas etárias e contextos. Os estudos relacionados à TD ainda são escassos, notadamente no Brasil e, tendo em vista o crescimento dos cuidados paliativos à nível mundial, considera-se de extrema relevância a aplicabilidade desta abordagem humanizada e individualizada junto aos pacientes e familiares.

## Referências Bibliográficas

AGUIAR, B.F et al. Psicologia, espiritualidade/religiosidade e cuidados paliativos: uma revisão integrativa. *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*, v. 10, n. 1, p. 158-167, 2021.

BUONACCORSO, L et al. Meanings emerging from dignity therapy among cancer patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, v. 62, n. 4, p. 730-737, 2021.

CHOCHINOV, H.M.; HACK, T.; MCCLEMENT, S.; KRISTJANSON, L.; HARLOS, M. Dignity in the terminally ill: a developing empirical model. *Social Science & Medicine*, v. 54, n. 3, p. 433-443, 2002.

CHOCHINOV, H.M.; HACK, T.; HASSARD, T.; KRISTJANSON, L.; MCCLEMENT, S.; HARLOS, M. Dignity therapy: A novel psychotherapeutic intervention for patients near the end of life. *Journal of Clinical Oncology*, v. 23, n. 24, p. 5520-5525, 2005.

COVAS, C et al. Influência da terapia da dignidade na qualidade de vida dos doentes em fase terminal internados em cuidados paliativos: Revisão Integrativa da Literatura.

DA CRUZ, N.A.O et al. O papel da equipe multidisciplinar nos cuidados paliativos em idosos. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 8, p. e52110817433-e52110817433, 2021.

DO NASCIMENTO, L.C.; DA FONSECA, I.A.C.; Cuidados paliativos na assistência domiciliar: a vivência de uma equipe multidisciplinar. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 13, n. 6, p. e8117-e8117, 2021.

IANI, L et al. Dignity therapy helps terminally ill patients maintain a sense of peace: early results of a randomized controlled trial. *Frontiers in Psychology*, v. 11, p. 1468, 2020.

JULIÃO, M.; OLIVEIRA, F.; NUNES, B.; VAZ, C. A.; BARBOSA, A. Efficacy of dignity therapy on depression and anxiety in portuguese terminally ill patients: A phase II 30 randomized controlled trial. *Journal of Palliative Medicine*, v.17, n.6, p. 688–695, 2014.

KITTELSON, S et al. Dignity therapy led by nurses or chaplains for elderly cancer palliative care outpatients: Protocol for a randomized controlled trial. *JMIR research protocols*, v. 8, n. 4, p. e12213, 2019.

OLIVEIRA, J.F.L. Eficácia da intervenção baseada na terapia da dignidade em familiares cuidadores de doentes oncológicos em cuidados paliativos: estudo randomizado exploratório. Orientador: Manuela Leite. 2020. Dissertação (Mestrado) – Instituto Universitário de Ciências da Saúde, Gandra, 2020.

NAVES, F.; MARTINS, B.; DUCATTI, M. A importância do atendimento humanizado em cuidados paliativos: uma revisão sistemática. *Revista Psicologia Saúde e Doença*, v. 22, n. 2, p. 390-396, 2021.

NUNZIANTE, F et al. Providing dignity therapy to patients with advanced cancer: a feasibility study within the setting of a hospital palliative care unit. *BMC Palliative Care*, v. 20, n. 1, p. 1-12, 2021.

RODRIGUES, L.P. Terapia da dignidade: uma revisão narrativa de literatura. Orientador: Eduardo Remor. 2021. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2021.

SAUNDERS, C. The Last Stages of Life. *The American Journal of Nursing*, v. 65, n. No. 3, p. 70-75, 1965.

SIMPLICIO, J.A.; VERISSIMO, T.D.C. Hospices, origem, desenvolvimento e atualidade: um comparativo entre Reino Unido e Brasil. 2021. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – FAEMA, Ariquemes (RO), 2021.

SOUZA, M.; JARAMILLO, R.G.; DA SILVA BORGES, M. Conforto de pacientes em cuidados paliativos: revisão integrativa. *Enfermeria Global*, v. 20, n. 1, p. 420-465, 2021.

VAN DER MAAS, P.J.; VAN DELDEN, J.M.; PIJNENBORG, L.; LOOMAN, C.W.N. Euthanasia and other medical decisions concerning the end of life. *The Lancet*, v. 338, n. 14, p. 669–674, 1991.

VAZ, A.E.; SILVEIRA, T.A. A necessidade do Psicólogo Hospitalar atuante em Cuidados paliativos e suas intervenções. Disponível em: [<https://repositorio.animaeducacao.com.br/bitstream/ANIMA/17281/1/TCC%20Amanda%20e%20Tain%20a1%20-%20Conclu%20%281%29.pdf>]. Acesso em 15/10/2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. National cancer control programmes: policies and managerial guidelines. 2nd Ed. Geneva: World Health Organization, 2002. Disponível em: [<https://apps.who.int/iris/handle/10665/42494>]. Acesso em 18/10/2022.

ZAKI-NEJAD, M et al. The effect of dignity therapy on the quality of life of patients with cancer receiving palliative care. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, v. 25, n. 4, p. 286, 2020.

# 7

## Relações entre os determinantes sociais da saúde e o sofrimento psíquico de mulheres idosas no âmbito rural

*Ana Paula Prigol  
Cristina Fioreze*

### Introdução

No Brasil, assim como em diversos países em desenvolvimento, o aumento da população de idosos vem ocorrendo de forma acelerada e progressiva, a prevalência de mulheres também se tornou expressiva nas últimas décadas. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2020), as mulheres são maioria entre a população idosa, atingindo o percentual de 56,7%, expressando a feminização da velhice.

Ao discutir as condições de saúde na velhice, um aspecto que chama atenção diz respeito ao sofrimento psíquico. Estudo publicado por Silva et al. (2020) mostrou que a prevalência de sofrimento psíquico entre os idosos chegou a

41,8%. O desenvolvimento de sofrimento psíquico pode ser, entre outros fatores, atribuído ao processo de envelhecimento, visto que as mudanças no cotidiano e as perdas motoras, físicas, sociais e psíquicas levam o idoso a reflexões acerca do seu papel na sociedade. A presença de sintomas depressivos e ansiedade, estão associados aos mais frágeis e vulneráveis, com grande presença na mulher idosa (FANTACINI; FIORATI, 2020).

Maximiano-Barreto e Femoseli (2017), encontraram forte ligação entre o sexo feminino e a presença de depressão e ansiedade, resultados da própria dinâmica cultural que condiciona as mulheres à situação de vulnerabilidade, quando comparadas aos homens, no decurso da vida. Diante disso, deve-se considerar as questões de gênero para discutir a prevalência de sofrimento psíquico no processo de envelhecimento.

Gênero é um determinante social importante de iniquidades em saúde, que se relaciona a padrões socioculturais e valores de uma determinada sociedade. Embora as mulheres vivam mais tempo, muitas vezes elas experienciam uma velhice isolada socialmente e em condições econômicas precárias, resultando de uma vivência de segunda ordem em relação aos homens, dos quais muitas dependem financeira e/ou emocionalmente. Quando se fala de mulheres idosas no meio rural, esses dados soam de forma mais alarmante (SILVA et al., 2020).

As diversas definições de determinantes sociais da saúde (DSS) expressam, com maior ou menor nível de detalhe, o conceito atualmente generalizado de que as condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos populacionais estão relacionadas com sua situação de saúde. A Organização

Mundial da Saúde adota a definição dos DSS como as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham. Em 2012, na Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde (WCSDH), surge um novo conceito de DSS:

[...] são as condições nas quais as pessoas nascem, crescem, trabalham, vivem e envelhecem, e o conjunto mais amplo de forças e sistemas que moldam as condições da vida cotidiana. Essas forças incluem políticas e sistemas econômicos, agendas de desenvolvimento, normas sociais, políticas sociais e sistemas políticos (WHO, 2012).

A compreensão da saúde a partir da determinação social está associada à forma como a sociedade está organizada. Nesse sentido, reconhece-se que o envelhecimento populacional brasileiro está superposto aos processos epidemiológicos, associados a contextos políticos, sociais e econômicos desfavoráveis. Já as desigualdades de gênero promovidas pelas condições estruturais e socioeconômicas, em muitas situações, alteram inclusive as condições de saúde, renda e a dinâmica familiar e têm forte impacto nas demandas por políticas públicas e prestação de serviços de proteção social (CAVALCANTI et al., 2017).

Os determinantes sociais de saúde são importantes também para pensar o território enquanto construção social, sobretudo se pensarmos a realidade das mulheres rurais. A constituição dos territórios apresenta diferenças significativas, principalmente se entendermos que o meio rural, além da escala local, envolve a dinâmica da utilização do espaço cotidiano, o histórico de imigração, a ocupação voltada à subsistência, dentre outros aspectos. Dessa forma, o território influencia diretamente a composição e a combinação dos determinantes sociais de saúde da vida das mulheres no campo (ANDRADE et al., 2021).

Este capítulo tem por objetivo aprofundar o conhecimento sobre o processo de determinação social da saúde e suas relações com o sofrimento psíquico ao qual as mulheres idosas que vivem no meio rural estão expostas, a partir da revisão da literatura atual.

## Desenvolvimento

A organização do presente capítulo é formada por três categorias principais: a primeira categoria buscou analisar o envelhecimento populacional no Brasil, dando ênfase ao processo de feminização da velhice, a segunda categoria refletiu sobre o sofrimento psíquico e as questões de gênero e por fim sobre as particularidades do meio rural e a interface com o gênero.

### O envelhecimento populacional e a feminização da velhice

O processo de envelhecimento populacional tornou-se uma das características marcantes da dinâmica demográfica mundial. Assim, apesar de o envelhecimento geralmente ser percebido como um acontecimento homogêneo e estereotipado, ele é um processo multifacetado e plural, pois além de ser marcado por mudanças corporais, implica em uma leitura social destas mudanças e atribuições de certos papéis sociais. Segundo um viés sociológico e antropológico, a velhice deve ser compreendida a partir dos diversos contextos sociais, culturais e políticos em que ela se insere e através dos quais ela é interpretada. Assim, dentro de uma mesma sociedade, encontramos no fenômeno do envelhecimento espe-

cificidades importantes no que tange a diferenças raciais, de gênero e de classe econômica, as quais dão a esse processo determinadas facetas. Faz-se pensar, portanto, a variabilidade do conceito de velhice em seu imbricamento com aspectos sociais que promovem uma vivência particular desta fase da vida (ZANELLO; SILVA; HENDERSON, 2015).

Segundo o IBGE (2020), na população brasileira há aproximadamente 14% de pessoas idosas, sendo que o maior percentual se encontra na faixa etária entre 60 e 69 anos; destes, 7,97% são mulheres e 6,29% são homens. Ou seja, há mais mulheres idosas do que homens idosos no país. Esse processo tem sido denominado de feminização da velhice. As mulheres idosas ganham destaque e assinalam que o envelhecimento populacional, no país, precisa ser analisado de forma interseccional.

Conforme Almeida et al. (2015), a percepção da velhice por parte das mulheres pode revelar aspectos positivos e negativos. Entre os aspectos positivos, destaca que a velhice pode ser vista como uma etapa de maior participação social. Por outro lado, como pontos negativos, as idosas vivenciam situações limitadoras de sua idade e de uma geração que vivencia o preconceito social, a baixa escolaridade, os problemas familiares, as carências afetivas, a dependência financeira, a solidão, a viuvez e a presença de doenças crônicas. Dessa forma, pode-se dizer que as mulheres idosas estão potencialmente sob risco em virtude do processo de envelhecimento, o que as torna mais vulneráveis à incapacidade advinda das condições do meio físico, social ou de questões afetivas.

Como se pode observar, a feminização da velhice na sociedade brasileira é fato e com ela questões positivas e ne-

gativas passam a fazer parte da vida dessas mulheres. Nesse sentido, os estudos de gênero permitem desnaturalizar as desigualdades que existem entre homens e mulheres ao longo da existência produtiva e reprodutiva das relações sociais, que trazem particularidades e especificidades à vida das mulheres idosas (ALMEIDA et al., 2015).

Diante desse cenário, é possível afirmar que o gênero possui um papel determinante sobre o processo de envelhecimento dos indivíduos, implicando diretamente nas suas condições de saúde, bem-estar e qualidade de vida. É certo que costumes sociais se alteram com o passar das gerações, o que permite afirmar que, assim como a velhice em sua amplitude, a feminização também está em um constante processo de mudanças. No entanto, o panorama atual nos leva a refletir sobre qual o contributo das ciências humanas e da saúde e qual sua aplicabilidade em resposta a esses eventos, uma vez que se tornam também uma questão de saúde pública (MAXIMILIANO-BARRETO et al., 2019).

## Sofrimento psíquico e gênero feminino

Os transtornos mentais são uma das principais causas de adoecimento e fonte de preocupação para os serviços de saúde. A Organização Mundial da Saúde (OMS) divulgou, no seu Informe Mundial de Saúde Mental, que a depressão e a ansiedade aumentaram mais de 25% em 2021. Em todos os países, são as pessoas mais pobres e desfavorecidas que correm maior risco de problemas de saúde mental e que também são as menos propensas a receber os serviços adequados.

O estudo de Borim, Barros e Botega (2013) analisou a prevalência do transtorno mental comum em idosos, segun-

do as variáveis demográficas, socioeconômicas, de comportamentos relacionados à saúde e morbidade; verificou-se a prevalência de 29,7% do transtorno em idosos, sendo mais elevada no sexo feminino e em pessoas com mais de 80 anos.

Patel et al. (1999) destacam que os casos de ansiedade e depressão estão ligados a fatores sociais que interferem no processo de adoecimento feminino, assim, os múltiplos papéis desempenhados pela mulher em sua vida e o provimento econômico são prováveis fontes de estresse e doenças neste grupo. Ainda, Alves e Rodrigues (2010) trazem que os principais fatores sociais e econômicos que influenciam a saúde mental são: emprego, educação, pobreza, habitação, urbanização, discriminação sexual, violência de gênero, experiências precoces/ambiente familiar, exclusão social e estigma, cultura e acontecimentos de vida estressantes.

A situação se agrava ainda mais quando se trata de mulheres idosas. Com o aumento da expectativa de vida, crescem as prevalências de doenças crônicas, os riscos de limitações físicas, de perdas cognitivas, de declínio sensorial e de propensão a acidentes e ao isolamento social. Além dos aspectos físicos, a saúde mental também é comprometida; os quadros psiquiátricos incluem, destacadamente, a demência, estados depressivos, transtornos ansiosos e quadros psicóticos, sendo, entretanto, a depressão o mais importante problema de saúde mental nessa faixa etária (CLEMENTE; LOIOLA; FIRMO, 2011).

A depressão se caracteriza por um conjunto de sinais e sintomas persistentes que envolvem desde distúrbios do sono, sentimento de tristeza intensa, até solidão, desesperança e desânimo. Salienta-se que a depressão na mulher idosa pode apresentar-se de forma plural, às vezes masca-

rada por outras morbidades, além do fato dos sintomas serem confundidos com momentos de “baixo astral”, “mau humor” ou “abatimento”, o que dificulta o diagnóstico precoce. Esta condição clínica configura-se em um dos tipos mais comuns de transtornos de humor, apresentando uma prevalência que varia de 4,8 a 23% em idosos, sendo mais comum nas mulheres do que em homens (CARREIRA et al., 2011).

Segundo o estudo de Almeida et al. (2015), dentre todos os fatores que contribuem para o aparecimento de sofrimento psíquico, na visão das idosas participantes da pesquisa, o medo é um grande fator desencadeador. A maioria (75%) das idosas declarou ter medo de violência e preocupação com os filhos e netos, sendo considerados por elas os problemas mais importantes do dia a dia. Entre as carências relatadas pelas entrevistadas estavam as relacionadas à companhia e ao contato pessoal (15%), à segurança (7,5%), ao transporte (25%), à situação econômica (2,5%), aos serviços de saúde (5%), ao lazer (2,5%) e à moradia (2,5%). Vale ressaltar que esses aspectos, entre outros, podem levar as idosas ao risco social, uma vez que este está intimamente ligado ao rompimento de direitos, como educação, saúde, trabalho, lazer e cuidado.

## Ruralidade e gênero

A compreensão de espaço rural é tomada como uma construção social, intimamente ligada ao lugar, em ambos os contextos, globais e locais. A ruralidade, portanto, é compreendida como um modo de ser e de viver mediado por uma maneira singular de inserção nos processos sociais e históricos (KARAM, 2004). E ainda, está aliada a “um processo di-

nâmico em constante reestruturação dos elementos da cultura local, mediante a incorporação de novos valores, hábitos e técnicas” (CARNEIRO, 2008, p. 35).

Gênero, por sua vez, é compreendido por Nogueira (2013) como um meio de sua constituição “performativa”, produzido nas relações sociais, nas experimentações do viver, em meio à intersecção com as relações familiares, as condições econômicas, financeiras e de trabalho, com o corpo, saúde e sexualidade, étnico-raciais e de classe, atravessadas por relações de poder. Dessa maneira, as discussões de gênero demarcam um caráter interseccional ao reconhecerem a pluralidade das manifestações singulares e coletivas dos saberes locais.

Carneiro (2020) traz que as diferenças sexuais e biológicas são transformadas em diferenças sociais e em diferenças políticas. Essas diferenças não apenas classificam e definem a sociedade como binária, formada por dois gêneros, masculino e feminino, como criam hierarquias entre os gêneros, quando tudo o que é atribuído ao gênero masculino possui maior valor do que o que é atribuído ao feminino ou quando cria uma relação de poder dos homens sobre as mulheres. Dessa forma, a sociedade atribui valor às características masculinas e femininas, divide os papéis sociais e produz uma relação de poder entre os gêneros.

Sendo assim, se faz necessário colocar que a produção de identidade feminina no meio rural é construída através de diferenças e vulnerabilidades. O cotidiano das mulheres que ocupam o território urbano, não pode ser comparado às vivências das que habitam áreas rurais, por exemplo. Nesse contexto, as relações de gênero no campo são permeadas por questões históricas e culturais referentes às desigual-

dades de poder. Para Lasta (2022), embora a representação feminina tenha um papel importante na constituição da família, ainda assim suas atividades são consideradas “leves” e, quando possuem remuneração, são inferiores às dos homens. Fato que, por consequência, coloca as mulheres rurais em uma situação de dependência financeira de seus companheiros, além de não serem incentivadas a procurar meios de prover sustento.

Tal cenário muitas vezes perpetua-se por toda a vida. E tem-se, nesse contexto, as mulheres idosas rurais, vistas sob a perspectiva do cuidado da casa, da subordinação e da obediência. São idosas que dedicaram suas vidas a um trabalho visto de forma assimétrica, ou seja, identificam-se como “esposas/donas do lar”. Fato que favorece a invisibilidade do trabalho, além de reafirmar estigmas em relação àquilo que é considerado masculino e feminino (LASTA, 2022).

Dessa forma, as mulheres no meio rural costumam não ocupar posições de evidência. Suas atividades referem-se à limpeza da terra, ao cuidado com os animais e aos trabalhos com a horta. Além de serem responsáveis por todo trabalho doméstico, tomando decisões sobre o preparo dos alimentos, sobre o cuidado com as roupas, orientação e educação dos filhos e utilização dos demais recursos domésticos. Essa divisão de trabalho que estabelece o que homens e mulheres devem fazer no campo pode ser explicada, segundo Karam (2004), através do conceito de patriarcado. Tal estruturação conservadora e patriarcal é entendida através da formação histórica e social do país, reforçando ainda mais as desigualdades de gênero.

Todavia, as transformações políticas, sociais e culturais somente serão possíveis se houver novas relações hierárqui-

cas, diminuindo a opressão e mudando os padrões de poder estabelecidos e difundidos acerca do gênero, principalmente no meio rural.

## Considerações Finais

Ao analisar o fenômeno do envelhecimento, constata-se que este tem sido acompanhado pelo processo de feminização da velhice, bem como, nos faz olhar o envelhecimento sob nova perspectiva. É preciso esmiuçar o conhecimento sobre a velhice e compreender os diferentes sujeitos que compõem esse segmento populacional. Portanto, não se deve pensar o envelhecimento de forma homogênea, mas sim interseccional.

As mudanças sociais têm influenciado os modos de envelhecer, principalmente das mulheres, pois o envelhecimento é determinado não só pela cronologia e por fatores físicos, mas também pela condição social em que vivem e pela singularidade individual de cada uma delas.

No que se refere aos determinantes sociais de saúde no contexto rural, a literatura apresenta uma percepção semelhante destes ao contexto urbano, embora resguardadas as devidas especificidades como condições sociais, ambientais e epidemiológicas. Todavia, o espaço rural é marcado por modos de vida distintos, que levam em conta não apenas os fatores produtivos e econômicos, mas também, processos subjetivos e culturais.

Tentando compreender como os determinantes sociais de saúde podem influenciar na saúde mental dos idosos, nesse estudo focado no gênero feminino no contexto rural, observa-se escassez de publicações que abordem essa temáti-

ca. Os estudos em envelhecimento raramente abordam os determinantes sociais de saúde, na base multidimensional, o que não preenche as lacunas da abordagem das mulheres idosas que passam por sofrimento psíquico. A importância desse trabalho também está na possibilidade de compreender como os determinantes sociais operam sobre o processo de envelhecimento e saúde-doença.

Além disso, poucos estudos evidenciam o processo mundial de feminização da velhice, que também é uma realidade em municípios de pequeno porte e no âmbito rural. Compreender, por exemplo, como a configuração assumida pelas políticas públicas impacta as condições de bem-estar feminino, requer que sejam exploradas as relações travadas entre o aparato estatal e as mulheres enquanto grupo social amplo e diverso, dentro do território em que vivem.

Deste modo, o conhecimento das particularidades do processo de envelhecimento pode gerar ações e criar estratégias para minimizar o sofrimento psíquico, o qual apresenta especificidades e aspectos que envolvem as desigualdades sociais, e que consistem em demandas sociais, como assistência adequada, segurança, educação, habitação, lazer e participação social.

## Referências Bibliográficas

ALMEIDA, A. V. et al. A Feminização da Velhice: em foco as características socioeconômicas, pessoais e familiares das idosas e o risco social. *Textos & Contextos*, Porto Alegre, v. 14, n. 1, p. 115-131, jan./jun. 2015.

ALVES, A. A. M.; RODRIGUES, N. F. R. Determinantes sociais e econômicos da Saúde Mental. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Lisboa, v. 28, n. 2, p. 127-131, dez. 2010.

ANDRADE, A. G. M., et al. Módulo Teórico 2: Território e Determinantes Sociais em Saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. *Curso de*

*Atualização para Análise de Situação de Saúde do Trabalhador -ASST aplicada aos serviços de saúde* [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Universidade Federal da Bahia. – Brasília: Ministério da Saúde, p. 1-37, 2021.

BORIM, F. S. A.; BARROS, M. B. A.; BOTEGA, N. J. Transtorno mental comum na população idosa: pesquisa de base populacional no Município de Campinas, São Paulo. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n.7, p.1415-1426, jul. 2013.

CARNEIRO, I. *O processo de debate e a construção de direitos*. Universidade Aberta do Nordeste: Fundação Demócrito Rocha, 2020.

CARNEIRO, M. J. “Rural” como categoria de pensamento. *Ruris*, Campinas, n. 2, v. 1, p.9-38, 2008.

CARREIRA, L. et al. Prevalência de depressão em idosos institucionalizados. *Revista de Enfermagem da UERJ*, n.19, v. 2, p. 268-273, 2011.

CAVALCANTI, A. D., et. al. O envelhecimento ativo e sua interface com os determinantes sociais da saúde. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 12, n.1, p.15-23, 2018.

CLEMENTE, A. S.; LOYOLA FILHO, A. I.; FIRMO, J. O. A. Concepções sobre transtornos mentais e seu tratamento entre idosos atendidos em um serviço público de saúde mental. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, n. 27, p. 555-564, 2011.

FANTACINI, C. M.; FIORATI, R. C. A influência dos determinantes sociais na saúde mental do idoso na percepção da qualidade de vida. *Revista Kairós-Gerontologia*, São Paulo, v. 23, n.3, p. 339-361, 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Projeção Populacional 2020*. Rio de Janeiro; 2020. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 03 set. 2022.

KARAM, K. F. A mulher na agricultura orgânica e em novas ruralidades. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 1, n. 12, p. 303-320, 2004.

LASTA, E. C. *Gênero, trabalho e envelhecimento do meio rural*. 2022. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Regional) – Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul, 2022.

MAXIMIANO-BARRETO, M. A.; FERMOSELI, A. F. O. Prevalência de ansiedade e depressão em idosos de baixa escolaridade em Maceió/AL. *Psicologia, Saúde e Doenças*, São Paulo, v. 18, n.3, p. 801-813, 2017.

MAXIMILIANO-BARRETO, M. A., et. al. A feminização da velhice: uma abordagem biopsicossocial do fenômeno. *Interfaces Científicas Humanas e Sociais*, Aracaju, v. 8, n. 2, p. 239-252, 2019.

NOGUEIRA, C. A teoria da interseccionalidade nos estudos de gênero e sexualidades: condições de produção de “novas possibilidades” no projeto de uma psicologia feminista crítica. In: BRIZOLA, A. L.C.; ZANELLA, A. V.; GESSER M. (Coords.), *Práticas sociais, políticas públicas e direitos humanos*. Florianópolis: ABRAPSO, 2013. p. 227-248.

PATEL, V., et. al. Women, poverty and common mental disorders in four restructuring societies. *Social Science & Medicine*, n. 49, p. 1461-71, 1999.

SILVA, W. L. F., et. al. Prevalência de sofrimento psíquico em pessoas idosas: um estudo de base comunitária. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro, v.23, n. 5, p. 1-12, 2020.

ZANELLO, V.; SILVA, L. C.; HENDERSON, G. Saúde Mental, Gênero e Velhice na instituição Geriátrica. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Brasília, v. 31, n.4, p. 543-550, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Social determinants of health*. 2012. Disponível em: <<https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health/>>. Acesso em: 20 set. 2022.

# 8

## Capacidade funcional em indivíduos com síndrome pós-COVID-19

*Cristiele Batista Frese*

*Lia Mara Wibelinger*

*Rodolfo Herberto Schneider*

### Introdução

Em todo o mundo foram relatados mais de 630 milhões de casos de infecção por doença de coronavírus (COVID-19) em até 30 de outubro de 2022 (ONU, 2022). A doença de coronavírus, também chamada de síndrome respiratória aguda grave (SARS)-CoV-2, foi descrita pela primeira vez na província de Wuhan, China, em 10 de dezembro de 2019 (JIMENO-ALMAZÁN et al., 2021).

Em 11 de março de 2020, Tedros Adhanom, diretor geral da Organização Mundial de Saúde (OMS), anunciou em Genebra, na Suíça, que a COVID-19, passava a ser caracterizada como pandemia. No Brasil, o Supremo Tribunal Federal atribuiu aos estados, Distrito Federal e municípios a competência por decidir implementar as medidas de distanciamento social para mitigação e supressão da COVID-19. Nesse sentido, foram poucas as medidas implementadas no

nível federal, limitando-se à restrição da entrada de estrangeiros no país e à determinação para que pessoas com mais de sessenta anos de idade observem o distanciamento social, restringindo seus deslocamentos para a realização de atividades estritamente necessárias (AGENCIA BRASIL, 2020).

Após mais de 3 mil casos espalhados por todas as unidades da federação, as primeiras medidas de distanciamento social implementadas ocorreram no Distrito Federal, no dia 11 de março de 2020. Diante da emergência sanitária mundial, as autoridades brasileiras estabeleceram regras e normas para funcionamento de serviços de saúde e serviços não essenciais. (SILVA et al., 2020). Desportos coletivos não profissionais e muitas outras opções recreativas relacionadas com o movimento foram interrompidos. Ainda que houvesse recomendações de especialistas para evitar o comportamento sedentário durante o bloqueio, observou-se um efeito geral negativo na intensidade da atividade física, bem como um consumo maior de alimentos menos saudáveis e um aumento de 28,6% no comportamento sedentário (JIMENO-ALMAZÁN et al., 2021).

Após um ano e meio do primeiro caso da pandemia de COVID-19 em Wuhan, na China, foram retomadas com as algumas restrições, às atividades e desportos em grupo após a vacinação (VELOSO et al., 2021). Com a implementação do plano de flexibilização das medidas de restrição (desconfinamento) adotados em junho de 2021, houve um suposto retorno à normalidade. Entretanto, a prática de atividades físicas não foi retomada, principalmente em indivíduos que foram infectados pela COVID-19. Os autores Frutos-Reoyo et al. (2021) destacam que pacientes acometidos por COVID-19 internados em unidade de terapia intensiva (UTI), após a

fase de infecção, podem demonstrar descondicionalidade física, o que impediria o retorno à funcionalidade anterior.

Segundo Raveendram e Misra (2021), pacientes acometidos pela doença podem sofrer de vários sintomas/sinais debilitantes que se desenvolvem durante ou após uma infecção consistente por COVID-19. De acordo com os autores, entre 10 e 20% dos pacientes com COVID-19 agudo sintomático evoluirão para uma fase de persistência de manifestações clínicas com duração superior a um mês, com sintomas persistentes como: fadiga, mal-estar pós-esforço, dispneia, dor de cabeça e muitas outras condições neurocognitivas, descritas como nevoeiro cerebral. Ainda são relatados os sintomas de incapacidade de realizar tarefas físicas diárias e aumento da probabilidade de desenvolver estresse, depressão, irritabilidade, insônia, confusão ou frustração. Essa condição, é definida como síndrome pós-COVID-19, e está afetando um grande número de pessoas à medida que a pandemia evolui.

Entre os sintomas descritos da síndrome pós-COVID-19, destaca-se o comprometimento do sistema musculoesquelético, e a capacidade da realização de tarefas cotidianas, acarretando na diminuição da capacidade funcional do indivíduo. Segundo Pinto et al. (2016) a capacidade funcional pode ser avaliada sob dois aspectos:

Relacionados às atividades básicas da vida diária (ABVD) e às atividades instrumentais da vida diária (AIVD). As ABVD são aquelas ligadas ao autocuidado, tais como banhar-se, vestir-se, alimentar-se, ser continente. Já as AIVD são aquelas relacionadas às ações mais complexas, como a participação social, que abrange o ato de fazer compras, usar o telefone, dirigir e usar meios de transporte coletivo (PINTO et al., 2016).

Investigações avaliaram o funcionamento físico em sobreviventes de SARS-CoV-2, particularmente entre aque-

les com síndrome pós-COVID-19. Entretanto, evidências demonstraram que o comprometimento da função física se deve aos efeitos da dispneia, fadiga e dores articulares/musculares, ansiedade e depressão causadas pela síndrome pós-COVID-19. Estes sintomas debilitantes, interferem de forma significativa a capacidade de realizar de forma independente as atividades da vida diária, podendo estender-se ao domínio dos cuidados pessoais, desta forma, degradando a qualidade de vida destes indivíduos (PINTO et al., 2016).

Nesse sentido, devido à variação acentuada, gravidade e flutuação dos sintomas, entende-se que as complicações advindas da síndrome pós-COVID-19, em especial a diminuição da capacidade funcional, possuem relevância clínica e prática para a saúde. Bem como, o bem-estar e a qualidade de vida dos indivíduos acometidos pela doença (SUN et al., 2020).

À medida que cresce o número de indivíduos com sintomas persistentes relacionados ao SARS-CoV-2, torna-se fundamental que o tratamento desses pacientes apresente uma abordagem especializada e multidisciplinar na reabilitação, considerando o impacto destes sintomas na saúde geral (SUN et al., 2020). Nesse sentido, tendo em vista o exposto, este capítulo tem como objetivo contextualizar evidências acerca da capacidade funcional em indivíduos com síndrome pós-COVID-19.

## Desenvolvimento

### Covid-19

Em novembro de 2019, na cidade de Wuhan, na China, foi identificado um vírus de etiologia desconhecida, caracterizado inicialmente como um surto de pneumonia aguda atí-

pica adquirida na comunidade (TO et al., 2021). Foram confirmados milhares de casos de COVID-19, que resultaram em inúmeros óbitos. Desde então, o novo coronavírus disseminou-se para mais de uma centena de países, atingindo a gravidade de pandemia em março de 2020, conforme declarado pela Organização Mundial da Saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2020).

O coronavírus 2, da síndrome respiratória aguda grave (SARS-CoV-2) é classificado como um Betacoronavírus do mesmo subgênero da Síndrome Respiratória do Oriente Médio (MERS), porém de outro subtipo. Sua transmissão entre humanos ocorre principalmente por meio do contato com pessoas sintomáticas, especialmente através das mãos não higienizadas e pelo contato com gotículas respiratórias (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

A partir dos primeiros casos relatados em dezembro de 2019, mais de 521 milhões de pessoas foram infectadas e mais de 6 milhões foram a óbito (ONU, 2022). No Brasil, o primeiro caso confirmado foi registrado em 26 de fevereiro de 2020, no estado de São Paulo. O número de casos e óbitos por COVID-19 aumentou diariamente (BOTH, 2021).

Similar a outros coronavírus, a COVID-19 utiliza uma proteína spike (S) para mediar a entrada da célula hospedeira. A proteína S liga-se à enzima conversora de angiotensina 2 (ACE2), no tecido humano, para permitir a entrada viral via transfusão de membrana. Além do ACE2, a COVID-19 utiliza a serina protease 2 transmembrana celular do hospedeiro (TMPRSS2) para ser ativada proteoliticamente. Com o ACE2 e o TMPRSS2 desempenhando papéis essenciais no mecanismo infeccioso da COVID-19, o tecido humano se mostra mais suscetível à infecção pela COVID-19 e

seus efeitos resultantes, devido a expressão natural de ambas as proteínas (DUBIN; BENNETT; HALPERN, 2021).

O período médio de incubação da infecção por SARS-CoV-2 é estimado em 5 a 6 dias, com intervalo que pode variar de 0 a 14 dias, dependendo da idade e do estado do sistema imunológico do paciente. Destaca-se também, que alguns pacientes podem transmitir a doença durante o período de incubação, geralmente de 1 a 3 dias antes do início dos sintomas. Havendo a possibilidade de transmissão por pessoas infectadas, que estão eliminando o vírus, mas que ainda não desenvolveram sintomas (transmissão pré-sintomática) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

Uma razão importante para a rápida disseminação da COVID-19 é a presença de transmissão assintomática e pré-sintomática. Casos assintomáticos ou levemente sintomáticos constituem 30% – 60% de todos os pacientes infectados com SARS-CoV-2. Em tecidos pulmonares humanos, o SARS-CoV-2 gerou 3,2 vezes mais partículas virais infecciosas, mas não induziu significativamente a resposta pró-inflamatória do hospedeiro, explicando a alta proporção de assintomáticos ou casos levemente sintomáticos na pandemia de COVID-19 (TO et al., 2021).

Ainda, de acordo com To et al. (2021), embora alguns pacientes possam manifestar excreção de vírus assintomática, alguns indivíduos podem progredir para sintomas com febre persistente, tosse, hemoptise, hipóxia silenciosa, desconforto ou dor torácica, insuficiência respiratória ou mesmo falência de múltiplos órgãos. Segundo o Ministério da saúde (2020), o quadro clínico do paciente com COVID-19 apresenta-se como um caso típico de uma Síndrome Gripal. Este quadro pode variar seus sintomas desde uma apresen-

tação leve e assintomática, principalmente em jovens adultos e crianças, até uma apresentação grave, incluindo choque séptico e falência respiratória.

Além dos sintomas mencionados, a maioria dos indivíduos com COVID-19 manifesta a doença de forma leve. Alguns pacientes requerem oxigenoterapia (14%) e cerca de 5% necessitam de tratamento em uma UTI. Doentes críticos, na sua maioria necessitam do uso de ventilação mecânica. A pneumonia grave é a complicação mais frequente em pacientes que apresentam quadro grave de COVID-19. A maioria dos casos em que ocorreu óbito, foram em pacientes com alguma comorbidade pré-existente (10,5% doença cardiovascular, 7,3% diabetes, 6,3% doença respiratória crônica, 6% hipertensão e 5,6% câncer e/ou idosos) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020). No entanto, estudos recentes mostram que um número crescente de pacientes com COVID-19 inicialmente leve, também apresentaram sintomas prolongados (MONTANI et al., 2022).

Nesse sentido, a COVID-19 apresentou-se como uma pandemia global em um curto período, resultando em uma rápida mudança na curva de pacientes infectados, aumento das taxas de mortalidade, enorme carga econômica global e ampla mobilização de recursos médicos em todo o mundo (SHARMA; FARUK; LAL, 2021).

A COVID-19 apresentou-se como uma infecção misteriosa para o campo médico, exigindo pesquisas e insights sobre a natureza do vírus e apresentando desafios frequentes para um resultado vacinal bem-sucedido. A abordagem desta doença requer uma colaboração ativa no que diz respeito à contenção da doença, estratégias preventivas e abordagem de tratamento (SHARMA; FARUK; LAL, 2021).

## Síndrome pós-Covid-19

“Síndrome pós-COVID-19”, também chamada de síndrome COVID-19 longo, é um termo genérico para uma condição secundária multissistêmica complexa que segue a COVID-19, independentemente de sua gravidade. Os termos “COVID-19 longo” e “long-haul COVID” foram cunhados por pacientes nos primeiros meses da pandemia. Enquanto a definição de síndrome pós-COVID-19 foi proposta por diferentes autores no final de 2021 para padronizar os sintomas relacionados à infecção por SARS-CoV-2, após a fase aguda. A síndrome pós-COVID-19 é atualmente definida como uma condição caracterizada por sintomas persistentes e/ou complicações tardias, ou de longo prazo além de quatro semanas a partir do início dos sintomas da infecção por SARS-CoV-2 (MONTANI et al., 2022).

A síndrome pós-COVID-19 pode ser subdividida em duas categorias: (1) COVID-19 sintomática, subaguda ou contínua, incluindo sintomas e anormalidades, presentes de 4 a 12 semanas após a COVID-19 aguda e (2) síndrome crônica ou pós-COVID-19, que inclui sintomas e anormalidades os quais persistem além de 12 semanas (MONTANI et al., 2022).

Segundo Garrigues et al. (2020), muitos sobreviventes da COVID-19 que necessitam de cuidados intensivos podem desenvolver deficiências psicológicas, físicas, cognitivas e mais da metade (63%) dos pacientes que manifestam a doença na forma moderada a grave relataram pelo menos uma seqüela funcional. A consequente perda da capacidade cardiorrespiratória pode estar associada à disfunção pulmonar, bem como a dores musculares e fadiga (GARRIGUES et al., 2020).

A sintomatologia da COVID-19 acarreta incapacidades aos pacientes, sobretudo os sintomas que persistem a longo prazo. Os principais e frequentes sintomas relatados em estudos observacionais segundo Huang et al. (2021) são: a fadiga ou fraqueza muscular, dificuldades de sono e ansiedade ou depressão. Em pacientes que manifestaram a forma grave da doença durante a internação, a capacidade de difusão pulmonar encontrou-se prejudicada e manifestações anormais de imagem do tórax foram observadas.

Quanto à percepção dos pacientes referente aos sintomas da síndrome pós- COVID-19, os mesmos relatam a incapacidade para realizar tarefas básicas do cotidiano, afetando consideravelmente sua capacidade funcional. Hoje, muitas terapias farmacológicas têm sido utilizadas, mas poucas mostraram o verdadeiro impacto na sobrevida, e nenhuma, até o momento, demonstrou reduzir as sequelas da doença ou especificamente a evolução para sintomas persistentes. As consequências da pandemia de COVID-19 não serão totalmente resolvidas mesmo com zero casos e vacinação global alcançada. Em particular, o gerenciamento eficaz a longo prazo dos efeitos da síndrome pós-COVID-19 é um desafio que requer conscientização (JIMENO-ALMAZÁN et al., 2021).

## Síndrome pós-Covid-19 e Capacidade Funcional

O surto de COVID-19 é um grande desafio para os sistemas de saúde em todo o mundo, exigindo a mobilização completa de recursos de saúde. Como resultado das sucessivas ondas de COVID-19, surgiram complicações crônicas da

infecção por SARS-CoV-2 que foram agrupadas sob o termo “síndrome pós- COVID-19” ou “COVID-19 longo”. Pacientes com síndrome COVID-19 apresentam dispneia multifatorial e envolvimento de múltiplos órgãos, geralmente com sintomas sobrepostos, levando a um efeito substancial em sua qualidade de vida (FUGAZZARO et al., 2022).

Os cinco sintomas mais comuns são fadiga (58%), dor de cabeça (44%), distúrbio de atenção (27%), queda de cabelo (25%) e dispneia (24%). Pode-se observar também uma variedade de outros sintomas persistentes, incluindo tosse, dor no peito, mialgia, dor nas articulações, mobilidade prejudicada, comprometimento cognitivo (“nevoeiro cerebral”, perda de memória), disfunção olfativa e gustativa, distúrbios do sono, depressão, ansiedade, distúrbio de estresse pós-traumático, desconforto gastrointestinal, erupções cutâneas e palpitações. Em conjunto, esses sintomas afetam o funcionamento físico, cognitivo e mental dos indivíduos e levam à redução da independência nas AVDs e a um comprometimento da qualidade de vida (FUGAZZARO et al., 2022).

Taboada et al. (2021) relataram que, seis meses após a alta hospitalar por COVID-19, quase 50% dos pacientes referiram limitações funcionais na vida cotidiana. A deterioração da qualidade de vida também foi relatada em sobreviventes de COVID-19 seis meses após a alta hospitalar, com capacidade prejudicada de realizar atividades da vida diária (35%), mobilidade reduzida (33%) e dor ou desconforto (33%).

Corroborando com estes achados, uma revisão sistemática conduzida por Pizarro-Pennarolli et al. (2021) descobriu que a capacidade funcional, avaliada por questionário, parece comprometida durante a fase aguda do SARS-CoV-2. Os participantes pós-agudos do SARS-CoV-2 apresentaram

pior estado funcional e relataram menor nível de atividade física no lazer. O estado funcional foi positivamente associado à fadiga entre os participantes do estudo. Uma possível interpretação desses fatores inter-relacionados é que o aumento da sensação de fadiga pode complicar as AVDs ou, alternativamente, as AVDs podem sobrecarregar a recuperação dos sintomas, contribuindo para o aumento da sensação de fadiga.

Fugazarro et al. (2022) salientam que uma avaliação precisa de deficiências físicas e cognitivas, dor, fadiga, transtornos de humor e desempenho em AVD devem ser realizadas independentemente da gravidade da doença, naqueles pacientes que apresentam sintomas persistentes e limitações funcionais. Programas de reabilitação individualizados devem ser sugeridos adequadamente. Os princípios de treinamento de reabilitação pulmonar abrangente podem ser indicados para indivíduos com fadiga persistente, capacidade de exercício reduzida e falta de ar. O treinamento de AVD ou o fornecimento de dispositivos assistivos, ou acomodações domiciliares (por exemplo, auxílio de mobilidade ou barras de apoio para vaso sanitário) podem ser apropriados para um período de tempo.

A fadiga relacionada a síndrome pós-COVID-19 deve ser tratada por meio de um retorno individualizado e ritmado às atividades habituais, apoiado por técnicas de conservação de energia, dieta adequada, hidratação e controle da dor, distúrbios do sono e distúrbios do humor (FUGAZARRO et al., 2022).

Coerentemente, a diretriz do National Institute for Health and Care Excellence (NICE, 2022) recomenda serviços de reabilitação multidisciplinares integrados. Estes ser-

viços incluem uma variedade de habilidades e conhecimentos especializados no gerenciamento de fadiga e sintomas respiratórios para a reabilitação eficaz de indivíduos com efeitos de longo prazo da COVID-19. Um consenso americano recente abordou especificamente o desconforto respiratório persistente pós-agudo e as sequelas respiratórias (MALEY et al., 2022). Os pesquisadores recomendaram a reabilitação para pessoas com dispneia, anormalidades respiratórias, fadiga, comprometimento do equilíbrio, fraqueza muscular periférica e pulmonar. Estas medidas têm como objetivo promover a melhora funcional, a fim de facilitar o retorno dos indivíduos às AVDs.

Dentre as recomendações mais recentes, a prática de exercícios físicos adequado e personalizado, orientadas por um profissional de educação física ou fisioterapeuta se destaca como uma terapia promissora e eficaz para mitigar os sintomas pós-COVID-19. A prática de exercícios é altamente recomendada como estratégia não farmacológica para o tratamento de doenças reumáticas e músculo esqueléticas, caracterizadas por dor crônica, fraqueza muscular, limitações físicas e fadiga. Além disso, os efeitos das sessões de exercícios físicos irão modular a plasticidade do sistema imunológico, podem resultar na diminuição da inflamação e induzir resistência contra infecções e doenças crônicas (FILGUEIRA et al., 2021).

Devido à natureza multiorgânica da síndrome pós-COVID-19, é necessário realizar uma avaliação sistemática e multifatorial da capacidade física e funcional a fim de facilitar a prescrição de programas de exercícios personalizados. Para este fim, uma abordagem interdisciplinar, incluindo o conhecimento e a experiência das ciências do exercício, foi

proposta como essencial para uma resposta eficaz a esta crise de saúde (JIMENO-ALMAZÁN et al., 2021).

## Considerações Finais

Há evidências crescentes de que os efeitos residuais da infecção por SARS-CoV-2 podem afetar a qualidade de vida e a capacidade de retornar ao trabalho. Muitas vezes, há uma constelação de sintomas persistentes, incluindo dispneia, fadiga, mal-estar pós-esforço, dor de cabeça e muitas outras condições neurocognitivas.

Aos seis meses após o início dos sintomas, fadiga ou fraqueza muscular e dificuldades de sono foram os principais sintomas relatados por pacientes que se recuperaram da COVID-19. Indivíduos na fase pós- aguda da doença demonstram diminuição na capacidade funcional, resultando em um menor nível de atividade física e dificuldade nas tarefas básicas diárias. A piora da capacidade funcional foi positivamente associado à fadiga, sequela ocasiona pela COVID-19.

Nesse sentido, para a reabilitação destes indivíduos o treinamento físico supervisionado pode ser uma terapia multissistêmica eficaz para a síndrome pós-COVID-19. Exames adicionais sobre os efeitos dos tratamentos baseados em exercícios na síndrome pós-COVID-19 são necessários para fornecer informações práticas sobre que tipo de exercício deve ser prescrito preferencialmente, com ênfase na intensidade e gerenciamento de carga e estratégias de adesão.

É essencial uma abordagem multidisciplinar e integrativa que inclua as ciências do exercício, onde se abordam as condições clínicas. Durante a avaliação, aspectos neurocog-

nitivos e psicológicos, bem como o impacto social que esta patologia acarreta devem ser integrados e considerados. Novas propostas de pesquisa na fase prolongada da doença são essenciais para possibilitar a recuperação funcional completa e o retorno das atividades exercidas por estes indivíduos.

## Referências Bibliográficas

AGENCIA BRASIL. *Veja as medidas que cada estado está adotando para combater a covid-19*. 2020. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-03/veja-medidas-que-cada-estado-esta-adotando-para-combater-covid-19>. Acesso em: 20 outubro de 2022.

BOTH, L. M. et al. COVID-19 pandemic and social distancing: economic, psychological, family, and technological effects. *Trends in psychiatry and psychotherapy*, v. 43, n. 2, p. 85-91, 2021.

DUBIN, J. M.; BENNETT, N. E.; HALPERN, J. A. The adverse impact of COVID-19 on men's health. *Current Opinion in Urology*, v. 32, n. 2, p. 146-151, 2022

FILGUEIRA, T.O. et al. The Relevance of a Physical Active Lifestyle and Physical Fitness on Immune Defense: Mitigating Disease Burden, With Focus on COVID-19 Consequences. *Frontiers in Immunology*, v. 12, 2021.

FRUTOS-REOYO, E. J.; CANTALAPIEDRA-PUENTES, E.; GONZÁLEZ-REBOLLO, A. M. Home rehabilitation in a patient with COVID-19. *Elsevier Public Health Emergency Collection*, v. 55, n. 2, p. 83–85, 2021.

FUGAZZARO, et al. Rehabilitation Interventions for Post-Acute COVID-19 Syndrome: A Systematic Review. *International Journal Of Environmental Research And Public Health*, v. 19, n. 9, p. 518, 2022.

GARRIGUES, E. et al. Post-discharge persistent symptoms and health-related quality of life after hospitalization for COVID-19. *Journal of Infection*, v. 81, n. 6, p. e4-e6, 2020.

HUANG, C. et al. 6-month consequences of COVID-19 in patients discharged from hospital: a cohort study. *Lancet*, v. 397, p. 220-232, 2021.

JIMENO-ALMAZÁN, A. et al. Post-COVID-19 Syndrome and the Potential Benefits of Exercise. *International Journal Of Environmental Research And Public Health*. v. 18, n.10, p. 5329. 2021.

MALEY, J.H. et al. Multidisciplinary collaborative consensus guidance statement on the assessment and management of respiratory distress and respiratory sequelae in patients with post-acute sequelae of SARS-CoV-2 infection (PASC). *PM&R- The Journal of Injury, Function and Rehabilitation*, v.14, p.77-95, 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Protocolo de Manejo Clínico da Covid-19 na Atenção Especializada*. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. 1ª edição. Brasília, DF. 2020. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manejo\\_clinico\\_covid-19\\_atencao\\_especializada.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manejo_clinico_covid-19_atencao_especializada.pdf). Acesso em: 20 de outubro de 2022.

MONTANI, D. et al. Post-acute COVID-19 syndrome. *European Respiratory Review*, v. 163, n. 31, 2022.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. COVID-19 rapid guideline: managing COVID-19. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2022. (NICE Guideline, No. 191.) Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK571450/>. Acesso em 20 de outubro de 2022.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *Centro Regional de Informação para a Europa Ocidental*. 2022. Disponível em: <<https://unric.org/pt/envelhecimento/#:~:text=A%20popula%C3%A7%C3%A3o%20com%20mais%20de,representando%2013%25%20da%20popula%C3%A7%C3%A3o%20global.>> Acesso em 15 outubro 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020*. Disponível em:< [www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020](http://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020)> Acesso em 15 de outubro de 2022.

PINTO, A. H. et al. Capacidade funcional para atividades da vida diária de idosos da Estratégia de Saúde da Família da zona rural. *Ciência & Saúde Coletiva [online]*, v. 21, n. 11, pp. 3545-3555, 2016.

PIZARRO-PENNAROLLI, C.; et al. Assessment of activities of daily living in patients post COVID-19: a systematic review. *Peer J*. v. 6, n.9. p. 11026, 2021.

RAVEENDRAN, A.V.; MISRA, A. Post COVID-19 Syndrome (“Long COVID”) and Diabetes: Challenges in Diagnosis and Management. *Diabetology & Metabolic Syndrome*, v.15, n.5, p.102235, 2022.

SILVA, L. L. S. et al. Medidas de distanciamento social para o enfrentamento da COVID-19 no Brasil: caracterização e análise epidemiológica por estado. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 36, n. 9. p. 1678-4464, 2020.

SUN, T. et al. Rehabilitation of patients with COVID-19 *Expert Review of Respiratory Medicine*, v.14, n.12, 2020.

SHARMA, A.; AHMAD FAROUK, I.; LAL, S.K. COVID-19: A Review on the Novel Coronavirus Disease Evolution, Transmission, Detection, Control and Prevention. *Viruses*, v. 13, n. 2, p. 202, 2021.

TABOADA, M. et al. Post-COVID-19 functional status six-months after hospitalization. *Journal of Infection*. v. 82, p. 31–e33, 2021.

TO, K. K. et al. Lessons learned 1 year after SARS-CoV-2 emergence leading to COVID-19 pandemic. *Emerging microbes & infections*, v. 10, n. 1, p. 507-535, 2021.

VELOSO, H. et al. Flexibilização das medidas de restrição contra a COVID-19. *Subsecretaria de Saúde- Gerência de Informações*. 2021. Disponível em: <https://www.saude.go.gov.br/files//conecta-sus/produ-tos-tecnicos/I%20I-%202021/COVID-19%20-%20Lockdown%20-%20Planos%20de%20Flexibiliza%C3%A7%C3%A3o.pdf>. Acesso em: 15 de outubro de 2022.

# 9

## Advento dos biossimilares e o impacto na saúde pública: conceitos, tecnologia de produção e benefícios

*Elizane Langaro*

*Carla Rigon*

*Charise Dallazem Bertol*

### Introdução

Um medicamento biológico é qualquer produto farmacêutico cujos componentes ou precursores são fabricados, extraídos ou sintetizados a partir de um organismo vivo ou de suas células, como humanos, animais, plantas e organismos fúngicos ou microbianos (HEALTH CANADA, 2019). São grandes moléculas produzidas biologicamente ao invés de quimicamente, em condições totalmente controladas (AL-SABBAGH et al., 2016).

Esta classe de medicamentos inclui hormônios, fatores de crescimento hematopoiéticos, agentes trombolíticos, citocinas, enzimas terapêuticas e anticorpos. Os medicamentos biológicos são usados no tratamento de doenças reumatoló-

gicas, como artrite reumatoide, e doenças gastrointestinais, como doença de Crohn e colite ulcerativa e cânceres. Ainda são indicados no tratamento de outras condições crônicas nas áreas de dermatologia, hepatologia, oncologia e desenvolvimento do crescimento (CHAN; NG, 2017).

Os biossimilares são produtos biológicos semelhantes ao produto de referência, original ou inovador, sem diferenças clinicamente significativas em termos de segurança, pureza ou potência (RUGO et al., 2016). Entretanto, a complexidade estrutural desses produtos combinada com a sensibilidade do processo de fabricação de produtos biológicos às condições ambientais pode ocasionar variabilidade interlotes (O'CALLAGHAN et al., 2019). Uma vez que esse tipo de fármaco vem de sistemas vivos e não de uma síntese química controlada, como no caso dos medicamentos genéricos, a variabilidade do produto biológico é inevitável. Para a fabricação e análise destes produtos biológicos, tanto os biossimilares quanto suas moléculas de referência, é necessário o desenvolvimento de métodos altamente especializados, o que implica em operações industriais de custo elevado e um tempo considerável até a obtenção do produto final.

## Tecnologias de produção

A biotecnologia é definida como a tecnologia que utiliza os sistemas biológicos, organismos vivos ou derivados de organismos vivos (tais como genes ou enzimas) para conceber um medicamento específico. Um medicamento é obtido através da biotecnologia mediante a adição de um gene nas células, de modo que estas produzam a proteína de interesse. A indústria farmacêutica responsável pelo desenvolvimento

de um biossimilar normalmente não tem acesso aos detalhes confidenciais do processo de fabricação do produto de referência. Dessa forma, o processo adotado será diferente daquele utilizado para o referência, a menos que haja um acordo contratual entre os laboratórios, como ocorre nas parcerias para o desenvolvimento produtivo, em que há transferência da tecnologia por completo. Enquanto o objetivo do fabricante de um medicamento biológico inovador é demonstrar segurança e eficácia por meio de estudos clínicos, o fabricante do biossimilar desenvolve o seu produto sob a prática da similaridade que compreende a “totalidade de evidências”, a qual consiste de inúmeros estudos analíticos para confirmar correspondência estrutural e funcional, além de estudos não clínicos (farmacocinética e farmacodinâmica) e estudos clínicos para comprovar segurança e eficácia (AL-SABBAGH et al., 2016, SOBRAFO, 2021).

Todos os produtos biológicos são altamente sensíveis a muitos fatores, incluindo mudanças na fabricação e na escala de produção (GARCÍA; RAEZ; ROSAS, 2020). Pequenas mudanças no processo de fabricação podem impactar significativamente na qualidade, pureza, características biológicas e atividade clínica do produto.

Mesmo quando biossimilares são produzidos a partir da mesma construção genética, usando a mesma técnica, formulação e embalagem do produto inovador, não há garantia de que eles serão comparáveis ao produto de referência (SCHELLEKENS, 2009). Esses produtos são produzidos por uma célula ou por um organismo vivo por meio de engenharia genética: um fragmento de DNA é inserido na célula, que passa a produzir o medicamento (RUGO et al., 2016).

Os biossimilares são desenvolvidos e aprovados pelas autoridades regulatórias se estiverem em conformidade com as mesmas legislações de qualidade, segurança e eficácia aplicáveis a todos os medicamentos biológicos. Devido à variabilidade natural da fonte biológica e ao processo de fabricação exclusivo entre o biossimilar e seu respectivo medicamento de referência, por exemplo, como resultado da presença de impurezas ou excipientes são inevitáveis. Tais diferenças devem ser avaliadas quanto ao seu potencial impacto na segurança clínica e eficácia do biossimilar. Diferenças de relevância clínica desconhecida que possam afetar particularmente a segurança, devem ser exploradas em estudos adicionais pré ou pós-comercialização (WHO, 2009).

Estudos analíticos, pré-clínicos e clínicos devem ser realizados para sustentar que o medicamento biossimilar corresponde ao medicamento inovador, em termos de qualidade, segurança e eficácia, não demonstrando diferenças clinicamente significativas. A aprovação dos biossimilares é de responsabilidade das mesmas agências regulatórias envolvidas no processo de aprovação de medicamentos de referência (EMA, 2019). Entre as principais estão a Agência Europeia de Medicamentos (EMA), Food and Drug Administration (FDA) nos Estados Unidos e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) no Brasil.

Quando o princípio ativo for uma proteína, tanto o biossimilar como o medicamento de referência têm de conter a mesma proteína (sequência de aminoácidos) e a mesma estrutura tridimensional (enovelamento da proteína). A sequência de aminoácidos e o enovelamento da proteína são os responsáveis pela atividade biológica. Se considerarmos o produto final, tanto o biossimilar como o medicamento de

referência devem possuir a mesma posologia e via de administração. Modificações relacionadas à formulação do medicamento (excipientes), apresentação (pó para reconstituição versus solução injetável pronta para uso) e do dispositivo de administração (tipo de caneta para a administração do medicamento) são permitidas, desde que a segurança e a eficácia do medicamento não sofram alterações (EMA, 2019).

Muitos fatores têm o potencial de influenciar a imunogenicidade das proteínas, o que é um desafio à produção de biossimilares. Temperatura no biorreator, pH da formulação e ambiente de crescimento podem induzir à agregação de proteínas ou modificar sua estrutura (AHMED; KASPAR; SHARMA, 2012; SCHELLEKENS, 2009), e levar à imunogenicidade (BERKOWITZ et al., 2012). Desse modo, o uso de biofármacos para substituir proteínas endógenas em concentrações insuficientes pode estimular o sistema imunológico a desenvolver anticorpos anti produto que reagem com proteínas endógenas; o grau de ocorrência varia entre produtos muito semelhantes (KESSLER; GOLDSMITH; SCHELLEKENS, 2006).

Os estágios do desenvolvimento de novos biossimilares estão elencados a seguir, sendo realizados especificamente para cada molécula.

- 1 – Caracterização físico-química: envolve os parâmetros físico-químicos e a identificação estrutural. Abrange a determinação da composição, propriedades físicas e estrutura primária do biossimilar. A sequência alvo de aminoácidos do biossimilar deve ser confirmada e espera-se que seja igual ao biológico de referência. As sequências de aminoácidos C-terminal ou N-terminal, assim como os grupos SH livres

- e as pontes de dissulfureto também devem ser comparadas;
- 2 – Análise funcional: realizada para confirmar a conformidade observada com os ensaios analíticos e funcionais comparativos, corroborando que não existem diferenças clinicamente relevantes entre os dois produtos;
  - 3 – Estudos pré-clínicos in vivo: são realizados testes em espécies animais, a fim de otimizar a informação obtida e poder comparar o biossimilar e o biológico de referência que serão utilizados nos ensaios clínicos;
  - 4 – Estudos farmacocinéticos/farmacodinâmicos de Fase Clínica I: nos estudos farmacocinéticos considera-se a absorção, biodisponibilidade e características de eliminação, tais como o clearance e a meia-vida de eliminação. Em termos de farmacodinâmica, devem ser escolhidos marcadores que demonstrem efeito terapêutico. As comparações devem ser realizadas numa população onde as possíveis diferenças sejam claramente identificadas, sendo que a escolha da população, design do estudo e duração devem ser justificadas. Estudos de farmacodinâmica/farmacocinética podem ser úteis na obtenção de informação sobre a relação exposição/efeito;
  - 5 – Estudo clínico confirmatório de Fase III: utilizados para confirmar eficácia equivalente, segurança comparável e imunogenicidade.

Levando em consideração a complexidade envolvida no processo de desenvolvimento e fabricação dos produtos biológicos, desde 2008 o governo fomenta parcerias público-pri-

vadas (PPP), através de uma iniciativa denominada Política para o Desenvolvimento Produtivo (PDP). A finalidade desta política não se limita somente a indústria de biotecnologia, mas também promove o desenvolvimento das indústrias de materiais e dispositivos médico-hospitalares, além de ser uma maneira de incentivar o desenvolvimento da indústria farmacêutica de biotecnologia da saúde no Brasil, gerando perspectivas de pesquisa e produção de novas moléculas (SUNDFELD; SOUZA, 2013).

## Intercambialidade e desafios regulatórios

No Brasil, a Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa nº 55/2010 fornece as especificações quanto ao registro de novos produtos biológicos e também os biossimilares, visando garantir a qualidade, a segurança e a eficácia destes medicamentos. Dentre as exigências para o registro de um biossimilar estão a descrição das técnicas analíticas utilizadas para detectar diferenças potenciais entre o produto biológico e o produto biológico comparador (biossimilar); a comparação das moléculas do produto biológico e produto biológico comparador; relatório contendo descrição das diferenças observadas no perfil de pureza e impureza entre o produto biológico e o produto biológico comparador; relatório conclusivo com demonstração da comparabilidade, contendo informações suficientes para prever se as diferenças detectadas nos atributos de qualidade resultam em impactos adversos na segurança e eficácia do produto biológico, entre outras (BRASIL, 2010a).

Diante das particularidades dos biossimilares, no momento do seu lançamento, ocorreu uma discussão importan-

te no Brasil e no mundo, acerca da intercambialidade. Em nosso país, o Ministério da Saúde ainda trabalha no desenvolvimento de uma política nacional de medicamentos biológicos no Sistema Único de Saúde (SUS). Atualmente, as cópias (biossimilares) são registradas com a mesma Denominação Comum Brasileira (DCB) dos medicamentos registrados com dossiê completo (produtos biológicos novos). No entanto, ainda não há um mecanismo de diferenciação entre eles, tornando a substituição automática entre inovadores e biossimilares uma realidade no Brasil (BRASIL, 1999b). Com base nos mesmos fundamentos da agência regulatória da União Europeia (European Medicines Agency – EMA), a Organização Mundial da Saúde publicou em 2009 a orientação de que a possibilidade de intercambialidade entre as cópias de produtos biológicos e os produtos inovadores precisa ser definida pelas agências regulatórias de cada país (NETO et al., 2019; WHO, 2009).

No contexto do SUS, existem implicações e desafios importantes na regulação do uso destes produtos, uma vez que essas tecnologias são incorporadas com o objetivo de ampliar o acesso aos tratamentos com medicamentos inovadores e cópias, levando em consideração a sua segurança e eficácia. Um dos desafios regulatórios se dá na revisão das vias de aprovação das cópias de produtos biológicos, de maneira a certificar a demonstração real de biossimilaridade entre cópias e seus comparadores. Outro tema importante e desafiador é a imunogenicidade, onde seria de grande valia a publicação de um guia orientador de avaliação de imunogenicidade, e a exigência de novos pareceres em alterações pós-registro das cópias, assim como a extrapolação de indicações, tópico que se beneficiaria também de um guia orientador,

revisando as extrapolações concedidas para produtos biológicos aprovados antes da RDC nº 55/2010. Ainda, se faz necessário avaliar a diversidade de cópias de produtos biológicos no mercado brasileiro entre os critérios para extrapolação de dados destes produtos inovadores para as cópias, bem como os resultados de estudos de intercambialidade (NETO et al., 2019).

## Impactos econômicos e orçamentários dos biossimilares

O advento dos biossimilares, produtos mais baratos no desenvolvimento e aquisição quando comparados aos seus medicamentos biológicos inovadores, gerou grande concorrência econômica, com potencial para romper monopólios estabelecidos pelas indústrias detentoras das patentes, ampliar o acesso dos pacientes ao tratamento e liberar fundos para apoiar futuras pesquisas e inovações. A concorrência fomentada pelos biossimilares pode proporcionar vantagens aos sistemas de saúde, uma vez que irá facilitar o acesso da população a medicamentos biológicos seguros, eficazes e de qualidade comprovada. Uma vez decorrido o prazo previsto para a queda da patente do medicamento de referência (geralmente, 10 anos), as empresas podem comercializar os biossimilares aprovados. De um modo geral, os biossimilares são introduzidos no mercado a um preço inferior ao do respectivo medicamento de referência.

A aprovação destes produtos requer um programa de desenvolvimento individualizado, baseado nos conhecimentos científicos obtidos com o medicamento inovador, evitando-se a duplicação de estudos não-clínicos e clínicos. A am-

pla concorrência resultante da inserção dos biossimilares no mercado mundial, gera diversas vantagens para os sistemas de saúde, principalmente, os públicos, onde os recursos são limitados. Este cenário torna-se relevante, uma vez que milhões de pacientes em todo o mundo se beneficiam do tratamento com medicamentos biológicos em diferentes doenças graves, como artrite reumatoide, espondilite anquilosante, doença de Crohn, psoríase e artrite psoriásica, esclerose múltipla, dislipidemia, neutropenia e certos tipos de neoplasias (EMA, 2019).

Na tabela 1 é possível observar alguns exemplos das diferenças entre os valores de mercado do medicamento referência (molécula inovadora) e os biossimilares (cópias), registrado no BrasÍndice em novembro de 2022. O BrasÍndice é um guia farmacêutico de publicação de preços de medicamentos e materiais médico-hospitalares que serve de referência para os serviços de saúde. Vale ressaltar que o SUS, através de compra centralizada pelo Ministério da Saúde, fornece os biossimilares utilizados no tratamento de câncer de mama, linfoma não-Hodgkin e doenças reumáticas, mudando o cenário do tratamento dessas doenças no Brasil para melhor, ampliando o acesso e oferecendo qualidade de vida aos usuários. Ainda, os convênios de saúde suplementar incorporaram os biossimilares ao seu rol de medicamentos cobertos pelos seus planos, beneficiando a empresa e o usuário do ponto de vista econômico e de saúde, pois estes tratamentos geralmente requerem longos períodos de utilização.

Tabela 1 – Comparação entre os valores dos medicamentos biológicos de referência e os seus respectivos biossimilares.

PRINCÍPIO ATIVO	PRINCIPAL INDICAÇÃO	MEDICAMENTO REFERÊNCIA	REGISTRO ANVISA	BRAS ÍNDICE PFAB	BIOSSIMILARES	REGISTRO ANVISA	BRAS ÍNDICE PFAB
Trastuzumabe	Câncer de mama HER2+	Herceptin® 440mg Roche	16/09/1999	R\$ 14.888,74	Herzuma® 440mg Celltrion	20/05/2019	R\$ 6.615,62
					Kanjinti® 440mg Amgen	20/05/2019	R\$ 6.445,20
					Ontruzant® 440mg Samsung	20/05/2019	R\$ 7.574,78
					Trazimera® 440mg Pfizer	09/12/2019	R\$ 5.487,69
					Zedora® 440mg Libbs	18/12/2017	R\$ 14.887,70
Rituximabe	Linfoma não Hodgkin CD20+ Artrite reumatoide Leucemia Linfóide Crônica	MabThera® 500mg Roche	29/06/1998	R\$ 8.350,85	Riximyo® 500mg Sandoz	01/04/2019	R\$ 8.350,84
					Ruxience® 5000mg Pfizer	04/05/2020	R\$ 5.204,60
					Truxima® 500mg Celltrion	07/10/2019	R\$ 4.077,89
					Vivaxxia® 5000mg Libbs	10/06/2019	R\$ 8.350,44
					Avsola® 100mg Amgen	28/12/2020	R\$ 3.129,42
Infliximabe	Artrite reumatoide Espondilite Anquilosante Artrite Psoriásica Doença de Crohn	Remicade® 100mg Janssen-Cilag	28/12/2000	R\$ 4.919,46	Remsima® 100mg Celltrion	27/04/2015	R\$ 2.802,49
					Xilfy® 100mg Pfizer	20/05/2019	R\$ 4.770,59
					Hyrimoz® 40mg Sandoz	11/11/2019	R\$ 9.381,37
Adalimumabe	Artrite reumatoide Espondiloartrite Artrite Psoriásica Doença de Crohn	Humira AC® 40mg Abbvie	28/04/2003	R\$ 9.831,37	Xilbrilada® 40mg Pfizer	25/05/2020	R\$ 9.381,37

Fontes: BrasÍndice 8.5 - Edição 1008 - Atualizada em 04/11/2022 - Estado RS - versão eletrônica.

Consultas Anvisa - <https://consultas.anvisa.gov.br/#/medicamentos/>

Observando a tabela 1 nota-se que alguns biossimilares custam 50% a menos que os medicamentos referências biológicos, trazendo grandes benefícios econômicos, e desonerando parcialmente o SUS, aumentando o acesso da população aos medicamentos e tratamentos.

## Considerações Finais

O advento dos biossimilares representa um passo importantíssimo no tratamento de doenças crônicas, embora os processos produtivos sejam complexos e o registro seja feito após estudos robustos de comparabilidade, segurança e eficácia. A redução dos custos dos biossimilares torna possível aumentar o acesso da população a esses tratamentos, pois desonera o SUS. A união entre desfechos clínicos favoráveis e benefícios econômicos torna-se uma alternativa para a manutenção dos serviços de saúde na atualidade. A intercambialidade entre moléculas inovadoras e cópias ainda carece de evidências, sendo imprescindível o trabalho da farmacovigilância na obtenção e publicação de dados relevantes quanto ao uso seguro dos biossimilares, e dessa maneira, fornecer bases sólidas para a prática clínica.

## Referências Bibliográficas

AGÊNCIA EUROPEIA DE MEDICAMENTOS (EMA). *Medicamentos biossimilares na União Europeia. Guia informativo para profissionais da saúde*. Disponível em: <[https://www.ema.europa.eu/en/documents/leaflet/biosimilars-eu-information-guide-health-care-professionals\\_pt.pdf](https://www.ema.europa.eu/en/documents/leaflet/biosimilars-eu-information-guide-health-care-professionals_pt.pdf)> Acesso em 09 nov 22.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). *Consultas*. Disponível em: <<https://consultas.anvisa.gov.br/#/medicamentos/>>. Acesso em 11 nov 22.

AHMED, I.; KASPAR, B.; SHARMA, U. Biosimilars: Impact of Biologic Product Life Cycle and European Experience on the Regulatory Trajectory in the United States. *Clinical Therapeutics*, v. 34, n. 2, p. 400–419, 2012.

AL-SABBAGH, A. et al. Development of biosimilars. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, v. 45, p. 11–S18, 2016.

BERKOWITZ, S. A. et al. Analytical tools for characterizing biopharmaceuticals and the implications for biosimilars. *Nature Reviews Drug Discovery*, v. 11, n. 7, p. 527–540, 2012.

BRASIL. *Resolução da Diretoria Colegiada RDC Nº 55, de 16 de dezembro de 2010. Dispõe sobre o registro de produtos biológicos novos e produtos biológicos e dá outras providências*. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/anexo/anexo\\_res0055\\_16\\_12\\_2010.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/anexo/anexo_res0055_16_12_2010.pdf)>. Acesso em 10 nov 22.a

BRASIL. *Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999. Altera a Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, que dispõe sobre a vigilância sanitária, estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências*. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/19787.htm#:~:text=L9787&text=LEI%20N%C2%BA%209.787%2C%20DE%2010%20DE%20FEVEREIRO%20DE%201999.&text=Alterar%20a%20Lei%20no,farmac%C3%AAuticos%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAncias.](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19787.htm#:~:text=L9787&text=LEI%20N%C2%BA%209.787%2C%20DE%2010%20DE%20FEVEREIRO%20DE%201999.&text=Alterar%20a%20Lei%20no,farmac%C3%AAuticos%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAncias.)> Acesso em 03 out 22.b

BRASÍNDICE. *Guia de precificação de medicamentos*. Disponível em: <<https://brasindice.com/a-revista/?cn-reloaded=1>> Acesso em 10 nov 22.

CANADÁ. *Medicamentos biológicos biossimilares no Canadá: ficha técnica*. Disponível em: <[https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/migration/hc-sc/dhp-mps/alt\\_formats/pdf/brgtherap/applic-demande/guides/Fact-Sheet-EN-2019-08-23.pdf](https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/migration/hc-sc/dhp-mps/alt_formats/pdf/brgtherap/applic-demande/guides/Fact-Sheet-EN-2019-08-23.pdf)> Acesso em 10 out 2022.

CHAN, H. C-H.; NG, S. C. Emerging biologics in inflammatory bowel disease. *Journal of Gastroenterology*. v. 52, p. 141–150, 2017.

FOOD AND DRUG ADMINISTRATION. *Information on Biosimilar*. Disponível em:

<<https://www.fda.gov/drugs/therapeutic-biologics-applications-bla/biosimilars>>. Acesso em 10 out 2022.

GARCÍA, J. J.; RAEZ, L. E.; ROSAS, D. A narrative review of biosimilars: A continued journey from the scientific evidence to practice implementation. *Translational Lung Cancer Research*, v. 9, n. 5, p. 2113–2119, 2020.

KESSLER, M.; GOLDSMITH, D.; SCHELLEKENS, H. Immunogenicity of biopharmaceuticals. *Nephrology Dialysis Transplantation*, v. 21, n. SUPPL. 5, p. 9–12, 2006.

NETO et al. Intercambialidade de produtos biológicos no Sistema Único de Saúde (SUS): principais desafios regulatórios. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 35, n. 10, 2019.

O'CALLAGHAN et al. Regulation of biosimilar medicines and current perspectives on interchangeability and policy. *European Journal Clinical Pharmacology*, v. 75, n.1, p.1-11, 2019.

RUGO, H. S. et al. A clinician's guide to biosimilars in oncology. *Cancer Treatment Reviews*, v. 46, p. 73–79, 2016.

SCHELLEKENS, H. Biosimilar therapeutics--what do we need to consider? *NDT Plus*, v. 2, n. Supplement 1, p. i27–i36, 2009.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE FARMACÊUTICOS EM ONCOLOGIA (SOBRAFO). *Biossimilares*. Disponível em: <[https://sobrafo.org.br/wp-content/uploads/2021/06/RevistaBiossimilaresSobrafo\\_DIGITAL.pdf](https://sobrafo.org.br/wp-content/uploads/2021/06/RevistaBiossimilaresSobrafo_DIGITAL.pdf)>. Acesso em 09 nov 22.

SUNDFELD, C. A; SOUZA, R. P. Parcerias para o desenvolvimento produtivo em medicamentos e a lei de licitações. *Revista de Direito Administrativo*, v. 264. p. 91-133, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Guidelines on evaluation of similar biotherapeutic products (SBPs)*. Disponível em: <<https://www.who.int/publications/m/item/sbp-trs-977-Annex-2>>. Acesso em 10 nov 22.

# 10

## Experiência do usuário na prática de exergames: uma revisão da literatura

*Juliana Rosa Nascimento  
Fabrizzio Martin Pelle Perez  
Ana Carolina Bertoletti De Marchi*

### Introdução

Os *exergames* são jogos eletrônicos que captam e virtualizam os movimentos reais dos usuários. O rápido crescimento de novas tecnologias digitais de informação e comunicação tem apoiado o desenvolvimento de *exergames* baseados em realidade virtual (RV) para entretenimento, mas também aplicados em ambientes de reabilitação ou para prevenção de doenças. A utilização de *exergames* vem demonstrando benefícios motivacionais, e presume-se que “se divertir enquanto treina” tem um impacto positivo no engajamento e adesão ao tratamento (MURA et al., 2018). É importante conhecer como o usuário se sente ao interagir com um *exergame*.

A experiência do usuário (UX) refere-se às percepções e respostas do usuário que resultam do uso, em diferentes pe-

ríodos de tempo, de um sistema, produto ou serviço. A UX contribui para a sensação do usuário de realmente usar o produto e como o produto funciona quando a pessoa interage com ele. UX é “dinâmico, dependente do contexto e subjetivo, e relacionado a uma ampla gama de benefícios potenciais que os usuários podem obter de um produto” (ZHANG et al., 2021).

Para Makinen e colaboradores (2020), o conceito de UX abrange uma variedade de significados, podendo estes serem subjetivos, complexos e dinâmicos. Além disso, há vários elementos que contribuem para a concepção de boas experiências para o público, como a interface do usuário, usabilidade e familiaridade do sistema. Zahidi, Lim e Woods (2014) descreveram fatores de UX que afetam a satisfação do usuário, sendo eles o *design* visual, uma apresentação fascinante do conteúdo, uma experiência imersiva e uma navegação simples e direta.

Apesar de expressar alto entusiasmo inicial com os *exergames*, os jogadores tendem a perder o interesse ao longo do tempo, em especial os adultos mais velhos. Isso pode ser explicado pelo fato de que alguns jogos não aplicam diretrizes de *design* de jogos para a população-alvo, não sendo adequados para eles. Assim, é importante considerar as necessidades e limitações da população-alvo, visando fornecer jogos personalizados e agradáveis (THAMANN et al., 2021).

Hassenzahl e Tractinsky (2006) apontaram que a pesquisa de UX se concentra em experiências satisfatórias que podem melhorar o nível de aceitação dos usuários. No entanto, alguns pesquisadores acreditam que experiências insatisfatórias também valem a pena serem estudadas, porque esse tipo de experiência pode fornecer sugestões para o desenvol-

vimento interativo do produto, auxiliando os profissionais a tomarem decisões mais eficazes na elaboração do game.

Neste sentido, com o objetivo de buscar evidências sobre a UX, foi conduzida uma revisão da literatura para identificar e analisar estudos que abordassem a UX em *exergames*.

## Desenvolvimento

Trata-se de um estudo de revisão de literatura, que utilizou as bases de dados Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), ACM Digital Library, PubMed e Science Direct. Os descritores utilizados foram “exergames”, “user” e “experience”, encontrados nos Descritores em Ciências da Saúde (Decs).

A elaboração dessa pesquisa foi realizada em cinco etapas. Na primeira etapa foi definida a estratégia de busca. Na segunda etapa realizou-se a busca de estudos nas bases de dados incluídas nessa revisão. Na terceira etapa foi construída a tabela informativa com os artigos encontrados. A leitura dos artigos foi realizada na quarta etapa e, por fim, a análise dos artigos e inclusão destes nesta revisão caracterizou a quinta e última etapa. Foram incluídos artigos que abordassem a UX na utilização de *exergames*, produções nos idiomas português, inglês e espanhol, publicados entre 2017 a 2022.

Mediante a revisão, foram localizadas 540 produções científicas. Destas, foram selecionados oito artigos para realização desta pesquisa, com base nos critérios de inclusão citados anteriormente.

O quadro 1 apresenta os dados os artigos incluídos, com a identificação pela referência, objetivo do estudo, variáveis de análise da UX e os resultados encontrados.

Quadro 1 – Identificação dos estudos incluídos

(continua...)

ESTUDO	OBJETIVO DO ESTUDO	FERRAMENTAS DE ANÁLISE DA UX	RESULTADOS
BALUZ et al., 2022	Desenvolver um jogo de reabilitação como ferramenta de terapia complementar para reabilitação de membros superiores em clínicas e ambientes domiciliares e avaliar aspectos de usabilidade e experiência do usuário.	User Experience Questionnaire (UEQ) foi utilizado para avaliar aspectos de usabilidade e UX.	O nível de satisfação foi positivo. Todas as seis escalas UEQ (atividade, perspicuidade, eficiência, confiabilidade, estimulação e novidade) refletiram aceitação.
GREINACHER et al., 2020	Investigar a experiência sensorial e aceitabilidade em um ambiente de RV, apoiando dinamicamente uma tarefa de aprendizagem.	A percepção de fluxo dos participantes (imersão total, sensação de foco e envolvimento em uma atividade) foi medida usando a Escala Curta de Fluxo. A AttrakDiff foi usada para medir as diferenças na atratividade recebida das diferentes condições.	Foi observado Feedback positivo, aumentando a sincronidade média após <i>feedback</i> visual.
KOJIC; NUJYEN; ANTONS, 2020	Investigar como o <i>biofeedback</i> visual constante (respiração) influencia o fluxo e a UX durante o <i>exergame</i> de remo.	A UX durante o remo foi capturada com a versão curta de 10 itens do questionário AttrakDiff.	Influências positivas no fluxo e usabilidade foram mostradas neste estudo quando o <i>biofeedback</i> respiratório foi visualizado em uma simulação de remo.
MAKINEN et al., 2020	Analisar o uso de diferentes tecnologias de RV na aprendizagem e as UXs dessas tecnologias na prática e na educação em saúde.	Avaliaram UXs positivas ou negativas através de 10 componentes: presença, engajamento, imersão, fluxo, usabilidade, habilidade, emoção, consequência da experiência, julgamento e adoção de tecnologia.	Quase todos os componentes foram avaliados como positivos, apenas a usabilidade apareceu como positivo em alguns casos e negativo em outro.

(conclusão)

THALMANN et al., 2021	Investigar a usabilidade do recém-desenvolvido <i>exergame</i> VITAAL em idosos com mobilidade reduzida com 60 anos ou mais.	A usabilidade foi avaliada com uma abordagem de métodos mistos, incluindo um protocolo de usabilidade, a Escala de Usabilidade do Sistema e uma entrevista baseada em diretrizes.	O protótipo do <i>exergame</i> VITAAL recebeu <i>feedback</i> positivo e pode ser considerado utilizável para idosos com limitações de mobilidade.
VRIES et al., 2018	Avaliar quais jogos e mecânicas de jogo subjacentes são consideradas motivadoras por adultos mais velhos.	Análise através do questionário de motivação intrínseca (IMI), avaliando aspectos como prazer, competência, esforço, valor e tensão.	Os jogos que fornecem "feedback positivo" resultaram em altos escores de IMI. O treinamento em RV pode levar a uma forte motivação intrínseca.
VRIES et al., 2022	Desenvolver um jogo de reabilitação como ferramenta de terapia complementar para reabilitação de membros superiores em clínicas e ambientes domiciliares e avaliar aspectos de usabilidade e experiência do usuário.	User Experience Questionnaire (UEQ) foi utilizado para avaliar aspectos de usabilidade e UX.	O nível de satisfação foi positivo. Todas as seis escalas UEQ (atratividade, perspicuidade, eficiência, confiabilidade, estimulação e novidade) refletiram aceitação.
ZHANG et al., 2021a	Determinar no ambiente real que problemas potenciais podem levar a experiências insatisfatórias e necessidades psicológicas não atendidas com <i>exergames</i> de RV.	Redes neurais convolucionais para classificação de sentenças (textCNN) foram usadas para classificar avaliações online com experiências insatisfatórias.	Este estudo identificou problemas potenciais como problemas de interação que causam experiências insatisfatórias e necessidades psicológicas não atendidas em <i>exergames</i> de RV por meio de mineração de texto.
ZHANG et al., 2021b	Propor um instrumento de familiaridade psicométrica de 10 itens para avaliar a familiaridade percebida de um jogador de <i>exergame</i> .	Instrumento de familiaridade psicométrica.	Os resultados indicaram boa validade e alta confiabilidade do instrumento de familiaridade.

Fonte: Autores (2022)

De acordo com Salovaara- Hiltunen, Heikkinen e Koivisto (2019), a UX é um relato “dinâmico, altamente dependente do contexto e subjetivo” da interação humano-computador. Além disso, trata-se de um conceito muito individual e emotivo. Tcha-Tokey et al. (2018), identificaram dez principais componentes de UX em ambientes virtuais imersivos: presença, engajamento, imersão, fluxo, usabilidade, habilidade, emoção, consequência da experiência, julgamento e adoção de tecnologia.

UX é uma medida subjetiva da qualidade de um sistema vista da perspectiva dos usuários e envolve componentes do indivíduo e do próprio sistema. Alguns componentes como a motivação, humor e criar expectativas estão relacionados com as consequências/respostas específicas do indivíduo. Em contrapartida, a usabilidade e funcionalidade estão relacionadas com as características próprias do sistema (MAKINEN et al., 2020).

Na Figura 1 estão descritos os principais componentes de UX avaliados nos estudos incluídos nesta revisão bibliográfica. O componente de usabilidade foi o mais frequentemente avaliado nos estudos incluídos (BALUZ et al., 2022; GREINACHER et al., 2020; KOJIC; NUJYEN; ANTONS, 2020; MAKINEN et al., 2020; THALMANN et al., 2021).



positivas em todas as tecnologias. O resultado corrobora com o estudo de Salovaara-Hiltunen, Heikkinen e Koivisto (2019), que observou que a usabilidade desempenha um papel muito importante na experiência geral dos usuários. Eles apontaram que a usabilidade afeta todas as outras dimensões de UX.

O feedback dos usuários já foi identificado como importante para o desenvolvimento e a qualidade de abordagens inovadoras de (tele) reabilitação. Vários autores concordam que antes de realizar estudos de intervenção é importante testar a usabilidade e aceitação da solução recém-desenvolvida pelos grupos-alvo. Além disso, quanto mais extensivamente as UXs forem observadas, melhor será a experiência de aprendizagem que a tecnologia pode oferecer aos usuários (SERON et al., 2021).

Baluz e colaboradores (2022) acreditam que medir a usabilidade e a UX é importante antes que o jogo seja totalmente implementado. Os autores utilizaram o User Experience Questionnaire (UEQ) para avaliar o feedback de pacientes e fisioterapeutas na utilização de um novo *game* para reabilitação motora de membros superiores. Nesse questionário, cada item (um total de 26 itens) consiste em pares antônimo-adjetivo (por exemplo, irritante vs. agradável), que pode ser avaliado em uma escala Likert de 7 pontos, variando de -3 (concordo totalmente com um termo negativo) para +3 (concordo plenamente com um termo positivo). Eles são apresentados aleatoriamente. Os 26 itens estão agrupados em seis escalas: atratividade (impressão geral do jogo proposto), perspicácia (como é fácil se familiarizar com o jogo proposto), eficiência (resolver tarefas sem esforço desnecessário), confiabilidade (sentir-se no controle), estimula-

ção (quão emocionante e motivador é o jogo proposto) e novidade (quão inovador e criativo é o jogo).

De acordo com os resultados obtidos por meio do UEQ, o jogo teve *feedback* positivo de fisioterapeutas e pacientes, indicando assim que o jogo pode ser utilizado em um ensaio clínico para mensurar o desempenho funcional de pacientes, antes e após o tratamento utilizando o *game* na reabilitação motora (BALUZ et al., 2022).

Nawaz et al. (2015) relatam que é importante avaliar a usabilidade e a aceitabilidade de maneira separada. As teorias de aceitabilidade geralmente se concentram em aspectos comportamentais e preditivos de aceitabilidade e diagnosticam problemas de *design* antes que os usuários tenham experiência com um sistema. Já na avaliação de usabilidade, os problemas são identificados após os usuários utilizarem o sistema.

No estudo de Thalmann et al. (2021), a usabilidade de um treinamento com *exergame* multicomponente para idosos com limitação de mobilidade foi avaliada com uma abordagem de métodos mistos, incluindo um protocolo de usabilidade, a Escala de Usabilidade do Sistema (SUS) e uma entrevista baseada em diretrizes. O protocolo de usabilidade abrangeu as seguintes categorias principais: interação do *exergame* VITAAL, design do jogo, emoções, exercícios e riscos/limitações. A SUS foi aplicada após a sessão de *exergame* para fornecer uma visão global das avaliações subjetivas de usabilidade. O SUS é cientificamente validado, confiável, e trata-se de um instrumento facilmente aplicável, que tem sido frequentemente usado em outros estudos com *exergame*. Com base nas faixas de aceitabilidade de Bangor, Kortum e Miller (2009), um escore SUS de pelo menos 70

é considerada uma solução “aceitável” (classificações adjetivas: 52 = “ok”, 73 = “bom”, 85 = “excelente”, 100 = “melhor imaginável”). A usabilidade do exergame VITAAL foi avaliada com uma pontuação média do SUS de  $58,3 \pm 16,5$  (min = 30, max = 85, n=13), que representa uma classificação adjetiva entre um nível de aceitação “ok” e “bom” para usabilidade (BANGOR; KORTUM; MILLER, 2009).

Dessa forma, o protótipo do *exergame* VITAAL recebeu feedback positivo e pode ser considerado utilizável para idosos com limitações de mobilidade. Os autores do estudo ressaltam que a avaliação prévia da usabilidade promove uma melhor experiência do jogo e um treinamento mais bem-sucedido pode ser alcançado com isso, considerando melhorias no sistema em termos de design, instruções e aspectos técnicos visando elevar o nível de aceitação para usabilidade (THALMANN et al., 2021).

O estudo de Kojic, Nuyjen e Antons (2020) investigou como o *biofeedback* visual constante (respiração) influencia na UX e usabilidade durante o *exergame* de remo. A experiência do usuário durante o remo em RV foi capturada com a versão curta de 10 itens do questionário AttrakDiff (HASSENZAHN; TRACTINSKY, 2003). Os resultados mostraram que a UX de um remador durante uma simulação de remo foi aprimorada pela adição de instruções de respiração ao ambiente virtual (*feedback*). Influências positivas no fluxo e usabilidade do sistema foram mostradas neste estudo quando o *biofeedback* respiratório foi visualizado em uma simulação de remo, reforçando a importância de analisar os componentes de UX para aprimorar a funcionalidade e a qualidade dos *exergames*.

Outro componente da UX que demonstrou ter influência é a familiaridade. O design de familiaridade mostrou-se benéfico para usuários em geral, reduzindo a sensação de complexidade e melhorando a usabilidade do sistema. A sensação de familiaridade com as interfaces e tarefas de *exergames* pode melhorar significativamente a motivação para participar de *exergames*, por isso é importante ser avaliado principalmente em games para pessoas idosas. A familiaridade é a sensação de que o evento foi experimentado anteriormente, assim, o sentimento de familiaridade pode ajudar uma pessoa a recordar suas emoções e experiências passadas. Estar familiarizado com um sistema significa que estamos prontos para interagir com ele de maneira fácil e intuitiva com base em nosso conhecimento prévio (ZHANG et al., 2021).

Adicionalmente, estudo de Vries et al. (2018) avaliou quais jogos e mecânicas de jogo subjacentes são consideradas motivadoras por adultos mais velhos, para que designers e terapeutas façam escolhas informadas ao projetar ou selecionar intervenções de treinamento e RV, ajustando o treinamento às preferências dos usuários e, dessa forma, aumentando a sua motivação intrínseca. A análise foi feita através do questionário de motivação intrínseca (IMI), avaliando aspectos como prazer, competência, esforço, valor e tensão. Esse estudo é relevante, pois autores como Kojic; Nujuyen; Antons (2020) relatam que os *exergames* usam a motivação do campo dos jogos de RV para criar experiências mais agradáveis de atividade física. Sendo assim, é importante identificar os tipos e mecânicas de jogos que aumentam a motivação dos usuários, melhorando a UX dos mesmos.

Foi possível observar uma diversidade de instrumentos de avaliação das UX's nos estudos incluídos na presente revisão bibliográfica. Foram utilizados os seguintes instrumentos: UEQ, SUS, Questionário AtrackDiff, Instrumento de familiaridade psicométrica e IMI.

## Considerações Finais

A avaliação dos componentes de UX caracterizam um importante recurso para melhorar a qualidade, aceitação e adesão ao uso de *exergames* e atingir de forma mais efetiva o público-alvo. Diversas ferramentas de avaliação de UX's foram citadas nos artigos incluídos na revisão bibliográfica.

O componente de UX mais avaliado foi a usabilidade do sistema. Outros componentes também foram avaliados, tais como a motivação intrínseca, familiaridade do sistema e experiências insatisfatórias. A UX para jogos de RV foi positiva em todos os estudos incluídos na pesquisa.

## Referências Bibliográficas

BALUZ, R; TELES, A; FONTELENE, J; MOREIRA, R. Reabilitação Motora de Membros Superiores Utilizando Serious Game Baseado em Gestos: Avaliação de Usabilidade e Experiência do Usuário. *Jogos para revista de saúde: Pesquisa, Desenvolvimento e Aplicações Clínicas*, v. 11, n. 3, 2022.

BALUZ, R; TELES, A; FONTELENE, J; MOREIRA, R. Reabilitação Motora de Membros Superiores Utilizando Serious Game Baseado em Gestos: Avaliação de Usabilidade e Experiência do Usuário. *Jogos para revista de saúde: Pesquisa, Desenvolvimento e Aplicações Clínicas*, v. 11, n. 3, 2022.

BANGOR, A.; KORTUM, P.; MILLER, J. Determinando o que as pontuações individuais do SUS significam: Adicionando uma escala de classificação de adjetivos. *Estudo de Usabilidade*, v. 4, p. 114-123, 2009.

ISO 9241. Ergonomics of Human–System Interaction— Part 210: Human-Centred Design for Interactive Systems. *International Organization for Standardization (ISO)*, Geneva, Switzerland, 2010.

GREINACHER, R; KOJIC, T; MEIER, L; et al. Impacto do feedback tátil e visual na respiração Ritmo e experiência do usuário em VR Exergaming. *Décima Segunda Conferência Internacional sobre Qualidade da Experiência Multimídia (QoMEX)*, 2020.

HASSENZAHL, M.; TRACTINSKY, N. Experiência do usuário: A agenda de pesquisa. *Behaviour and Information Technology*, v. 25, p. 91-97, 2006.

HASSENZAHL, M; BURMESTER, F. K. Attrakdiff: Ein fragebogen zur messung wahrgenommener hedonischer und pragmatischer qualität. *Mensch & computador*, p. 187-96, 2003.

KOJIC, T; NUJYEN, L. T; ANTONS, J. Impacto do Biofeedback Visual Constante no Usuário Experiência em Exergames de Realidade Virtual, 2020.

MÄKINEN, H.; HAAVISTO, E.; HAVOLA, S.; KOIVISTO, J. M. Experiências de usuários de tecnologias de realidade virtual para saúde na aprendizagem: uma revisão integrativa. *Comportamento e Tecnologia da Informação*, 2020.

MURA, G.; CARTA, MG; SANCASSIANI, F.; MACHADO, S.; PROSPERINI, L. Active exergames to improve cognitive functioning in neurological disabilities: a systematic review and meta-analysis. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, v. 54, p. 450-462, 2018.

NAWAZ, A; SKJAERET, N; HELBOSTAD, J; BOULDON, E. SVANES, D. Usability and acceptability of balance exergames in older adults: A scoping review. *Health Informatics Journal*, p. 1-21, 2015.

SALOVAARA-HILTUNEN, M., K; HEIKKINEN, E; KOIVISTO, J. M. Experiência do usuário e experiência de aprendizado em um jogo de simulação de realidade virtual 4D. *Jornal Internacional de Jogos Sérios*, v. 6, n. 4, p. 49-66, 2019.

SERON, P.; OLIVEROS, M. J; GUTIERREZ-ARIAS, R.; FUENTES-ASPE, R.; TORRES-CASTRO, RC; MERINO-OSÓRIO, C.; NAHUE-LHUAL, P; INOSTROZA, J.; JALIL, Y.; SOLANO, R. Efectividad de la telerehabilitación en terapia física: protocolo de una revisión global en tiempos que exigen respuestas rápidas. *Revista Medica Revisada por Pares*, 2020. Doi: 10.5867/medwave.2020.07.7970.

TCHA-TOKEY, K; O. CHRISTMANN, E; LOUP-ESCANDE; RICHIR, S. Proposição e Validação de um Questionário para Medir a Experiência do Usuário em Ambientes Virtuais Imersivos”. *Jornal Internacional de Realidade Virtual*, v. 16, n. 1, p. 33-48, 2019.

THALMANN, M; RINGLI, L; ADCOCK, M; JONG, J; BRUIN, E. Estudo de Usabilidade de um Treinamento Exergame Multicomponente para Idosos com Limitações de Mobilidade. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 8, p. 13422, 2021.

VRIES, A. W; DIEEN, J. H; ABEELE, V; VERSCHUEREN, S. Entendendo as Motivações e as Experiências dos Jogadores de Adultos Idosos em Treinamento de Realidade Virtual. *Jogos para revista de saúde: Pesquisa, Desenvolvimento e Aplicações Clínicas*, v. 7, n. 6, 2018.

ZHANG, H; WANGUMA, D; WANGB, Y; CHIB, Y; MIAO, C. Development and validation of an instrument for evaluating the ludicity of games in health education. *International Journal of Human-Computer Studies*, v. 145, 2021.a

ZHANG, X.; YAN, Q.; ZHOU, S.; MA, L.; WANG, S. Analysis of Unsatisfying User Experiences and Unmet Psychological Needs for Virtual Reality Exergames Using Deep Learning Approach. *Information*, 2021, 12, 486.b

ZAHIDI, Z; LIM, Y. P; WOODS, P. C. Compreendendo os Fatores de Experiência do Usuário (UX) que Influenciam a Satisfação do Usuário em Coleções Online do Patrimônio da Cultura Digital para Usuários Não Especialistas. Anais da Conferência IEEE sobre Ciência e Informação, p. 57-63, 2014.

# 11

## As formas de envelhecer: feminilidade e homossexualidade

*Larissa Sasso Bernardi  
Cristina Fioreze*

### Introdução

O lugar do velho no social é transformado conforme cada época e cultura. A velhice LGBTQIA+ é um campo pouco discutido ao longo da história. Conforme Rebellato, Gomes e Crenitte (2021, p.19) “as velhices dissidentes de gênero e sexualidade são uma temática atual, desafiadora e urgente [...], é uma população sob risco de marginalização e violência”. São reflexos de um social que sempre fez uso do discurso de ódio e discriminação para justificar a intolerância predominante.

Conforme Lima (2006, p.57), os idosos homossexuais, “ao contrário dos heterossexuais, tiveram que lidar durante toda vida adulta com a estigmatização social, sentindo-se à margem da cultura predominante”. Ao longo de suas vidas, tiveram que lutar contra preconceitos enraizados, estigmas, e ao chegar na velhice, acabam por continuarem negligenciados. Esse peso social faz com tais idosos, ao envelhecer, carreguem ainda mais preconceito e discriminação.

A sexualidade transcorre de uma forma singular, dessa forma, é o sujeito com suas vivências que irá constituir sua própria sexualidade. O envelhecimento feminino toma uma outra via, diferente da velhice masculina, considerando as questões sociais que permeiam cada sujeito.

As mulheres idosas, em conformidade com Salgado (2002, p. 9),

[...] enfrentam muitos desafios gerados por leis e políticas sociais de uma sociedade sexista e gerofóbica. As crenças sexistas e gerofóbicas refletem a ênfase da sociedade na produtividade, no atrativo sexual e físico.

Ou seja, o padrão de beleza socialmente exigido em alto nível para as mulheres criou a ilusão de ser alcançável, entretanto são frustradas a partir do momento em que em nenhum momento o conseguem. Por isso, na medida em que envelhecem, mais tentam se camuflar, pois em um mundo com um padrão físico, envelhecer é doença. Como cita Leznoff-Garavaglia (1984 apud SALGADO, 2002, p. 9), constrói-se “o descrédito na mulher idosa, começando com a representação da mulher velha nas histórias clássicas como bruxas, feias e malvadas”.

Além disso, refletir sobre a homossexualidade é relacionar estigma e preconceito/homofobia. Com isso, para Goffman (2004, p. 4) “estigma é a situação do indivíduo que está inabilitado para a aceitação social plena”. Desta forma, pode-se compreender que uma forma de estigma é a orientação sexual, isto é, considerando o padrão da heteronormatividade, qualquer ponto que escapa dessa condição é taxado como indivíduo estigmatizado, desprovido de potencialidades. De acordo com Leite (2014, p.35) “Quando estigmatizado o indivíduo pode passar a não aceitar-se a si mesmo, ser homo-

fóbico”. Outrossim, o fato de não ser aceito socialmente passa a refletir de forma inconsciente em si mesmo, tornando-se intolerante ou não reconhecendo a homossexualidade. O preconceito segundo Santos (2018, p. 21) “pode assumir várias formas, desde atitudes, crenças sociais e emoções negativas a comportamentos discriminatórios pela pertença de pessoas a um determinado grupo”. Sendo assim, pode também estar vinculado à homossexualidade, ao ser mulher e ao ser uma pessoa idosa.

A pesquisa busca refletir sobre a realidade do envelhecimento das mulheres lésbicas, a partir de uma revisão de literatura. Nesse sentido, foi fundamentado na literatura psicanalítica, com suportes de obras no campo social, incluindo livros, publicações periódicas digitais, que foram relevantes à pesquisa.

## Desenvolvimento

O desenvolvimento se divide em três partes: a primeira se refere ao envelhecimento e gênero, segunda parte, a diversidade sexual e a terceira sobre amor, velhice e homossexualidade.

## Envelhecimento e gênero

O conceito de gênero é algo recente, visto que foi introduzido em meados dos anos 1940. Há, ainda, o equívoco social de gênero associado exclusivamente com o sexo biológico e, de alguma forma, existe ainda resistência por parte de alguns setores da sociedade. Conforme Fernandes et al. (2015, p. 17),

Embora o fundacionalismo biológico possibilitasse as interações das construções sociais, ao se pensar em identidades de gênero e se diferenciar do determinismo biológico – que visualiza o sexo como demarcação estrita da sexualidade, mesmo assim, parece-nos bastante incerto limitar o gênero a um amontoado de peças íntimas em cima de um cabide – o corpo. De outro modo, os termos normativos que intentam fixar o corpo ao gênero e conduzir as experimentações da sexualidade a partir de um referente privilegiado (a heterossexualidade) é restrito aos usos do corpo que demandam os contextos socioculturais.

Gênero, não se limita à sexualidade, nem ao biológico, não é somente o corpo. Gênero é construção, é o social, são identificações de papéis. Discutir gênero é, portanto, falar sobre sujeitos. Por essa via, o gênero, de acordo com o Conselho Regional de Psicologia (2018, p. 14), “tem o intuito de distinguir a dimensão biológica da dimensão social, entendendo que homens e mulheres são produtos de construções sociais”. Desta forma, reflete que os homens e mulheres são caracterizados de acordo com as normas sociais pré-estabelecidas conforme cada cultura e época. Assevera Fernandes (2009, p. 706) que “ser homem ou ser mulher implica a incorporação desses atributos e funções, como forma de representar-se, valorizar-se e atuar numa determinada cultura”.

Segundo Arán e Júnior (2007) “os discursos reguladores que formam o sujeito do gênero são os mesmos responsáveis pela produção da sujeição”. De acordo com Bonfim e Vidal (2021, p. 10)

Os discursos reguladores que formam o gênero do sujeito são os mesmos responsáveis pela produção de sua sujeição, entendendo, assim, que o gênero é uma forma de regulação social. Não se trata, portanto, de uma separação entre regulação e gênero, no qual a primeira atuaria sobre o sujeito sexuado. A questão é mais complexa: o sujeito só passa a existir conforme sua própria sujeição às regulações. Dizendo de outro modo, as regulações de gênero constituem-se como uma modalidade de poder específico que acarreta efeitos constitutivos sobre a subjetividade. Mais ainda, tais regulações estabelecem a um só tempo uma heterossexualidade compulsória e uma hierarquia entre masculino e feminino.

Outrossim, como pensar a respeito do gênero no processo de envelhecer? Conforme Fernandes (2009, p. 707) “nessa faixa etária, a situação do homem e da mulher tem algumas peculiaridades, conferidas pelo exercício de papéis desempenhados socialmente.” Ainda, Fernandes (2009, p. 707) conclui afirmando que

Uma das difíceis tarefas dos homens que envelhecem é a de refazer sua identidade de gênero frente à perda de vários dos atributos que continuam a definir a masculinidade hegemônica (capacidade para o trabalho, força física, assertividade, potência sexual. Nesse contexto da velhice, em alguns casos, a convivência entre os sexos, com forças em equilíbrio, suscita a possibilidade de um novo relacionamento entre homem e mulher com base cooperativa e auxílio mútuo no enfrentamento comum da marginalização social, ou seja, a um redimensionamento dos papéis masculino e feminino. Essa situação tem contribuído para a redução da hierarquia entre os sexos nessa fase da vida.

Essa nova direção para as relações vai se construindo conforme a “perda” dos lugares sociais que eram expostos anteriormente, visto que a aposentadoria demarca socialmente “estar velho”, e a partir dessas novas atualizações é que irão constituir novas identidades de gêneros.

Já para as mulheres, isto acontece de um outro modo. Segundo Fernandes (2009, p. 707):

Mulher idosa de hoje, no geral, está no último estágio de um continuum sempre ligado à esfera doméstica e do cuidado, não só porque a grande maioria não teve uma vida profissional ativa, mas também porque é a este mundo interno do lar, da família e da casa que ela está ideologicamente vinculada. Nesse cenário da família tradicional, ainda subsiste a ideia de que a mulher deve ser condicionada a assumir os papéis de esposa e mãe, colocando-os à frente de seus interesses individuais.

O espaço que a mulher idosa ocupa hoje é reflexo do lugar que ela ocupou socialmente quando jovem, o qual era “permitido” em sua época. Para Fernandes (2009, p.708)

Ao negarem para estas mulheres, que hoje são idosas, a participação da vida pública, as tornaram dependentes economicamente do casamento [...]. Papéis sociais que também eram/são desempenhados pelas que faziam parte do seu ideal.

Acabam sendo essas as construções de gênero que permeiam o envelhecimento, que vão se construindo e desconstruindo conforme as novas diretrizes sociais. Citando Fernandes (2009, p. 709)

O discurso dos idosos reflete, então, a ideologia de gênero que permeou o seu processo de socialização, vivenciado nos últimos cinquenta anos do século passado que permitiu a construção das identidades de homens e de mulheres a partir da atribuição de papéis, atitudes e valores previamente definidos segundo modelos naturais, gerando estereótipos acerca de masculinidade e de feminilidade.

Assim sendo, envelhecer é permeado pelas construções de gênero de sua época, a partir dos papéis sociais que cercam a sociedade. Desta forma, Figueiredo et al. (2007, p. 423) afirmam que

[...] gênero nos permite compreender que as desigualdades econômicas, políticas e sociais existentes entre homens e mulheres não são simplesmente produtos de suas diferenças biológicas. Mas, sim, construções resultantes das relações sociais.

Por esse viés, envelhecimento e gênero são duas temáticas pertinentes no campo do social, visto que, as discussões ainda são recentes e podem vir a contribuir para o maior aprofundamento teórico-prático.

## Diversidade sexual

Diversidade sexual é vista quando o sujeito sente atração sexual, física, por outra pessoa, tanto do sexo oposto, como do mesmo. A diversidade sexual é tudo o que acompanha a sexualidade do sujeito.

No percurso histórico, a sexualidade é marcada por diferentes mudanças, entre elas, aponta Duarte (2004 apud TONELI, 2008, p.62) “a separação da sexualidade como ente de razão moderno com relação à família, à reprodução, à religião, à moralidade”. Esse ponto produziu muitos emaranhados históricos, comumente para vir a ser possível que a mulher obtivesse a “liberdade” de gozar da sua própria sexualidade, que acabava sendo reprimida.

Nesse viés, a partir de 1882, com os primeiros moldes da Psicanálise, fundada por Sigmund Freud, é que se pode trabalhar numa perspectiva de que a repressão sexual entre o meio social que acontecia com bastante fervor, fazia com que diversos sintomas se convertessem para o corpo. Em 1949, Freud publica seu livro “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade”. Para ele:

Na maioria dos psiconeuróticos, a doença só aparece depois da puberdade, a partir das solicitações da vida sexual normal. É contra esta que se orienta de modo preponderante o recalcamen- to. Ou então a doença se instaura mais tardiamente, quando a libido fica privada de satisfação pelas vias normais. Em ambos os casos a libido se comporta como uma corrente cujo leito principal foi bloqueado; ela inunda então as vias colaterais que até ali talvez tivessem permanecido vazias. (FREUD, 1949, p. 19)

Assim sendo, para Freud, a sexualidade vai achar uma via para chegar à consciência, muitas vezes retoma pela via sintomática. Por isso, na época do postulado acima, onde a sexualidade estava muito ligada à ideia de reprodução, muitas mulheres que sofriam com a repressão sexual converteram para o corpo o que não poderia jamais ser dito, isto é, que tinham desejo, sexualidade, além dos fins reprodutivos.

Seguindo a linha psicanalítica, posteriormente a Freud, Jacques Lacan (período de 1936-1974) idealizou uma relei-

tura dos escritos de Freud. Com isso, tanto para Freud quanto para Lacan, a ideia de pensar a estrutura da sexualidade parte do complexo de Édipo e castração, dessa forma o sujeito tomará a “direção” para as matrizes de sua sexualidade.

Ainda, Roudinesco e Plon (1998, p. 168)

Em 1953, Jacques Lacan tornou a centrar a questão edípica na triangulação [...]. No âmbito de sua teoria do significante e de sua tópica (imaginário, real e simbólico) ele definiu o complexo de Édipo como uma função simbólica: o pai intervém sob a forma da lei, para privar a criança da fusão com a mãe.

Com isso, Lacan propôs três tempos para o Complexo de Édipo, que são: 1º) tempo de ser o falo, em que a função materna investe no objeto (criança é o falo até esse momento), antecipando todas as demandas. 2º) tempo “tenho ou não tenho o falo” neste momento o Outro (função materna) começa a demandar outras coisas além do investimento no objeto (criança), com isso, ocorre o questionamento da criança se ela tem ou não o falo (“a coisa” que pode satisfazer totalmente os desejos da função materna). 3º) a criança chega à conclusão de que não possui o falo, entretanto, acredita que se seguir as demandas do Outro (função materna) pode vir a saber onde está localizado o falo, e assim chega no Nome-do-Pai (pai simbólico). A partir disso, chegará o outro momento, o do complexo de castração.

Segundo Roudinesco e Plon (1998, p.106),

Lacan, distingue a castração da frustração e da privação, situando-as, respectivamente, no tocante ao agente e ao objeto, no contexto das instâncias de sua tópica, do real, imaginário e simbólico. A castração opõe-se à privação do ponto de vista do agente: ele é o “Pai real”, inatingível e impensável, no sentido em que podemos dizer de um ser que nunca sabemos “com quem estamos lidando realmente”, no que concerne à castração; e é o “Pai imaginário”, um pai assustador com o qual, ao contrário, lidamos o tempo todo. [...] a castração só pode ser a representação simbólica da ameaça de desaparecimento na medida em que esta não concerne ao pênis, o objeto real, mas ao falo, objeto imaginário.

Dessa forma, podemos notar que o sujeito ao longo de toda a vida é constituído pelo sexual, sexualidade. E o simbólico, as leis sociais estão vinculadas a esta “formação”. Para Arán e Júnior (2017, p.14),

Levar em conta a historicidade do sexual não é apenas uma questão ética e política, mas, sobretudo uma questão teórica de maior importância. Se existe um território sexual “fora” ou “excluído” do simbólico, em qual o próprio simbólico se constitui, é fundamental reconhecer como as contingências históricas e políticas podem promover neste mesmo território deslocamentos subjetivos, ampliando as possibilidades existenciais.

Abrir preceitos para que o sujeito circule pelas diversas formas de exercer sua sexualidade, não fixando a ideia matriz da heterossexualidade. Com isso, passa a não ser vinculado à incompreensão caso não corresponda ao esquema binário, e possa ser inscrito no âmbito do simbólico.

Contemporaneamente, somos marcados por classificações de maneiras de viver, naturalizadas, no sentido de haver um pré-determinação, do que pode o corpo feminino e o masculino. Segundo Mélo (2012, p. 199)

Se existem diferenças e o corpo feminino é perfeito à maternagem (portanto ao privado) e o masculino é perfeito à guerra (portanto ao público), os corpos só devem se unir também de modo perfeitamente normal: um homem com uma mulher. A heterossexualidade é o modelo de normalidade.

Quando a ideia de uma heteronormatividade é desafiada, percebemos que o preconceito é escancarado, principalmente quando o corpo que era para ser privado, o da mulher, retoma ao público, com outra mulher. Nesse viés, ao se posicionarem, excluem-se a ideia de uma centralidade na heterossexualidade, mas sim, vem à tona a diversidade sexual.

## Amor, velhice e homossexualidade

Até agora discutiu-se sobre o envelhecimento e gênero. Essa parte, se destinará aos conceitos de amor enlaçado à velhice e as suas formas subjetivas.

Primeiramente, para Suy (2022, p.34),

Amar é algo que aprendemos sendo amados. [...] Nossa primeira tarefa na vida é receber o amor do outro. Em seguida, nos identificamos com o lugar de objeto precioso para o outro e passamos a nos amar também. Esse primeiro tempo de relação amorosa com a gente mesmo Freud chamou de narcisismo primário. É o desejo de um outro de que existamos que nos liga à nossa carne, como efeito da aposta desse primeiro outro (ou primeiros outros) que nos amará.

Sendo assim, o fato de alguém conseguir amar, condiz com o primeiro momento em que outro alguém instaurou essa possibilidade fazendo-o objeto desse amor. Entretanto, para isso, quer dizer que o amor está entrelaçado à sexualidade, às vezes utilizado como sinônimo de libido ou desejo. O narcisismo secundário é quando esse primeiro amor é furado, escapa do ideal, ou seja, não existe mais nenhum objeto precioso. É nessa condição castrante, que o sujeito se funde faltante. Para Suy (2022, p. 38),

É justamente a castração que liberta a criança para olhar para o mundo, para olhar para o outro, para poder viver sem se fixar em seu próprio umbigo. É a noção de falta, a noção de que estamos sozinhos em nosso corpo, sem nossa suposta metade, que nos impulsionará a amar as pessoas e a vida para além de nós mesmos.

Nesse viés, primeiro se é iniciado no campo do amor do outro (objeto), para depois, com angústia, ser arrancado desse lugar para propiciar outra forma de circulação, de outro lugar, para além do EU.

Conforme Suy (2014, p. 32) “O amor tem sua importância na construção clínica da neurose, visto que aí há uma aposta no adoecimento como consequência de uma insatisfação amorosa”. No sentido de que quando o objeto ao qual desejava se afasta, o mesmo não consegue substituí-lo, pois, nenhum é o mesmo ao qual desejou anteriormente.

Então, para Freud (1914/1996, p. 29), “um forte egoísmo protege contra o adoecimento, mas afinal é preciso começar a amar, para não adoecer, e é inevitável adoecer, quando, devido à frustração, não se pode amar”. Assim, se a frustração de “perder” o objeto não for atravessada pela possibilidade de desejar outros objetos, adoce-se. Isso quer dizer que as relações humanas são permeadas pela frustração e pelo amor, e ambos são necessários para a vida em sociedade.

Nesse sentido, conclui Suy (2014, p.67),

Se amor e desejo ora convergem, ora divergem, esta é uma das causas das insatisfações amorosas. Pois ainda que o amor e o desejo se dirijam ao mesmo objeto, os seres falantes não se cansam de queixar-se dos relacionamentos amorosos, pois a relação sexual atesta a sua inexistência a todo o tempo.

Assim sendo, ao mesmo tempo que amor e desejo convergem ou divergem, o amor e o ódio também. A relação, o amor, se dá pela ambivalência, pelo código equivocado da linguagem, pela presença de falta.

Com isso, no campo do envelhecimento e da homossexualidade feminina, pode-se considerar que culturalmente o corpo da mulher envelhecida, não tem vez no mercado erótico, vinculando a ideia que a sexualidade teria idade cronológica.

Conforme Alves (2010, p. 217), sobre o corpo da mulher velha socialmente:

Afirma-se também que no Brasil essa desvalorização estética do corpo velho é bastante disseminada, refletindo-se no elevado número de pessoas que realizam (ou que gostariam de realizar) diversos procedimentos, inclusive cirúrgicos, que prometem o rejuvenescimento físico. Diante desse clima de negação da velhice, é comum ouvirmos as mulheres mais velhas reclamarem da invisibilidade de seus corpos e da conseqüente perda do poder de atração sexual.

A dificuldade de se colocar socialmente como velhas e desejanter, inviabiliza os laços afetivos e até a circularidade desses corpos em outros. Sobre as mulheres velhas e lésbicas, Alves (2010, p. 227) diz,

As gerações têm uma destacada influência sobre a percepção do fluxo das identificações e práticas sexuais. No caso das mulheres mais velhas parece haver um processo marcado fortemente pelo dualismo e por uma visão de “naturalidade” das relações sexuais. O dualismo se expressa no discurso de que as mulheres tinham que fazer uma opção, como se houvesse uma pressão social para assumir um lugar e um papel no universo da homossexualidade feminina: ser o sapatão ou a namorada do sapatão.

Pode-se relacionar isso à ideia de que a matriz da heterossexualidade estaria vinculada também ao casal lésbico, por ter que haver um semblante de “homem”, para se possibilitar a relação sexual e afetiva. Considerando que o conceito de amor, está entrelaçado aos objetos que desejamos e o que foi instaurado como primeira experiência de afeto.

Conclui Alves (2010, p. 231),

O estabelecimento da relação entre velhice e homossexualidade não significa buscar se há algo de específico no envelhecimento de homossexuais. A etapa mais avançada do curso da vida não adquire marcas únicas porque os velhos em questão são gays ou lésbicas. São as trajetórias de vida, marcadas pelas vivências comuns de determinadas coortes etárias, que podem emprestar ao envelhecimento marcas distintas.

Ou seja, são os lugares, as trajetórias sociais, à época, que vai formando o envelhecimento dessas mulheres, con-

forme suas especificidades. Não se pode desconsiderar que a orientação sexual propicia marcos diferentes (e muitas vezes, agressões) por preconceitos e micro-agressões que a população LGBTQIA+ vivencia. O fato de refletir e reconhecer o velho como sexualizado, já abre caminho para novas formas de amor e de amar.

## Considerações Finais

O processo de envelhecer enquanto mulher, velha e lésbica no Brasil significa carregar uma tripla repressão. Nesse sentido, o preconceito vivenciado pelas mesmas, por serem lésbicas e velhas, as coloca na margem de um social onde há a predominância do corpo jovem, padronizado, sexualizado e heterossexual. Por esse viés, exclui a realidade de que desejo e sexualidade não têm idade cronológica, mas sim, em cada faixa etária o sujeito irá “vestir” uma roupagem que lhe cabe, para desejar. Regular as formas do outro gozar, seja “controlando” sua forma de desejar, de quem deve investir amor, diz de um imperativo de autoritarismo e em muitas ocasiões um próprio mecanismo de defesa, ou seja, controla-se, repudia-se a orientação do outro por não reconhecer em si mesmo o seu desejo, seus objetos.

Analisando socialmente, os sujeitos são formados por construções de gênero, por uma heterossexualidade compulsória e a prevalência do masculino como centralidade. O que nos diz também da própria resistência em ser mulher nesse contexto. Também, o amor está fundamentado na ideia de seres faltantes e desejanter, que buscam no meio externo os objetos, isto que possibilita as relações humanas e, com isso, o social. Ainda, há desafios em localizar literatura so-

bre o envelhecimento lésbico, com poucas pesquisas na área, o que tornou a pesquisa ainda mais desafiadora além da própria temática.

## Referências Bibliográficas

ALVES, A. M. Envelhecimento, trajetórias e homossexualidade feminina. Porto Alegre, v. 16, n. 34, p. 213-233. *Horizontes Antropológicos*, 2010. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ha/a/3jRy8yYzMt3z-WYr9XYLmN6b/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 10/08/22.

ARÁN, M; JÚNIOR, C. A. P. Subversões do desejo: sobre gênero e subjetividade em Judith Butler. *Cadernos Pagu*, v. 28, p. 129-147. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-83332007000100007>>. Acesso em: 30/05/22.

FERNANDES, J. et al. Gênero, sexualidade e envelhecimento: uma revisão sistemática da literatura. *Clínica e Cultura*, 2015. Disponível em: <<https://seer.ufs.br/index.php/clinicaecultura/article/view/3403>>. Acesso em: 15/09/22.

FERNANDES, M. G. M. Papéis sociais de gênero Papéis sociais de gênero na velhice: o olhar de si e do outro na velhice. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília, 2009. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-71672009000500009>>. Acesso em: 07/07/22.

FIGUEIREDO, M. L. F. et al. As diferenças de gênero na velhice. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília, 2007. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-71672007000400012>>. Acesso em: 25/06/22.

FREUD, S. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. *Imago*, ed. Inglesa, 1949.

GOFFMAN, E. Estigma – Notas Sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada. LTC, quarta Edição. 2004.

LEITE, M. I. Envelhecimento homossexual: preocupações, anseios e preconceitos sentidos. Dissertação de Mestrado. *Instituto de Serviço Social de Porto*. Porto, 2014. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10400.26/6498>>. Acesso em: 05/10/22.

LIMA, T. Tornar-se velho: o olhar da mulher homossexual. Dissertação de Mestrado. *Pontifícia Universidade Católica de São Paulo*. São Paulo, 2006. Disponível em: <<https://repositorio.pucsp.br/jspui/handle/handle/12499>>. Acesso em: 20/08/22.

MÉLLO, R. P. Corpos, heteronormatividade e performances híbridas. *Psicologia & Sociedade*, v. 24, n. 1, p. 197-2, 2012. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/psoc/a/9ywwzLKWfTfzTmPTJdhr5XTb/?format=pdf&lang=pt/>>. Acesso em: 07/10/22.

REBELLATO, C; GOMES, M; CRENITTE, M. Introdução às velhices lgbti+. SBGG-RJ, Eternamente SOU, *ILC-BR*. Rio de Janeiro, 2021.

ROUDINESCO, E; PLON, M. Dicionário de Psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

SALGADO, C. D. S. Mulher idosa: a feminização da velhice. *Estudo interdisciplinar envelhecimento*. Porto Alegre, v. 4, p. 7-19, 2002. Disponível em: <<https://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/viewFile/4716/2642>>. Acesso em: 20/09/22

SANTOS, J. R.S. *Preconceito e discriminação face a minorias sexuais*. Dissertação de Mestrado. Universidade de Évora. Évora, 2018. Disponível em: <<http://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/23428/1/Mestrado%20-%20Psicologia%20-%20Psicologia%20da%20Educa%C3%A7%C3%A3o%20-%20Joana%20Raquel%20Silveira%20Santos%20-%20Preconceitos%20e%20discrimina%C3%A7%C3%A3o%20face%20a%20minorias%20sexuais.pdf>>. Acesso em: 20/09/22.

SUY, A. S. A gente mira no amor e acerta na solidão. São Paulo: Paidós, 2022.

SUY, A. S. *Amor e desejo: um estudo psicanalítico*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2014. Disponível em: <<https://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/37140/R%20-%20D%20-%20ANA%20SUY%20SEARINO%20KUSS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 12/10/22.

TONELI, M. J. F. Diversidade sexual humana: Notas para a discussão no âmbito da psicologia e dos direitos humanos. *PSIC. CLIN.*, Rio de Janeiro, VOL.20, N.2, P.61 – 73, 2008. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-56652008000200005&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652008000200005&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 08/08/22.

# 12

## Espiritualidade e religiosidade no contexto de doença cardiovascular e estresse

*Roselei Graebin  
Eduardo Pitthan  
Cleide Fátima Moretto*

### Introdução

As doenças cardiovasculares (DCV), que incluem hipertensão arterial sistêmica, insuficiência cardíaca, acidente vascular cerebral e doença isquêmica do coração, são as principais causas de morte no mundo. No Brasil, Malta e colaboradores (2020), utilizando-se do sistema de informação sobre mortalidade (SIM), observaram que o total de óbitos por DCV variou entre 261 mil óbitos, em 2000, para 359 mil, em 2017. Ainda, Ribeiro e colaboradores (2012), a partir de levantamento realizado em hospitais públicos, observaram que condições cardiovasculares contabilizavam cerca de 8,3% de todas as internações hospitalares e 18,6% de todos os custos hospitalares contabilizados pelo SUS em 2012. Constataram, ainda, que, entre 2008 e 2012, as taxas de

rehospitalização por insuficiência cardíaca e hipertensão reduziram, porém, os custos com angioplastia e o manejo de infarto agudo do miocárdio aumentaram.

Se levarmos em consideração o conceito de saúde da Organização Mundial de Saúde, “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades” (OMS, 2006), observamos que os aspectos relativos ao bem-estar do indivíduo consigo e com a sociedade desempenham importante papel na gênese, perpetuação e controle das enfermidades. Quando falamos em doenças crônicas, as questões que envolvem o bem-estar mental e social ocupam um papel de destaque no manejo desses indivíduos, já que há uma necessidade de se adaptarem a uma nova condição de vida.

O estresse psicossocial como fator de risco para doença cardiovascular apresenta evidências documentadas em estudos observacionais e de coorte. Dentre as doenças mentais, os transtornos depressivos e de ansiedade figuram causa importante de infarto e acidente vascular cerebral, da mesma forma, indivíduos que sofrem eventos cardiovasculares tem sua doença agravada na presença desses transtornos. Eventos desencadeantes como morte de familiar, separação conjugal, perda de emprego e/ou crise financeira, frequentemente, antecedem algum evento cardiovascular agudo. Todavia, intervenções que visem tratar esses transtornos mentais têm pouca adesão, o que dificulta o controle dessas doenças.

O tema E/R torna-se de extrema relevância nesse contexto, porque traz à tona a forma como o indivíduo enxerga sua própria vida e como ele se relaciona com os demais. A religiosidade está associada ao papel da fé e da esperança como estratégias de aceitação e enfrentamento das doenças

utilizando-se de um ser superior (Deus, Buda...) e uma instituição como referência (templos, igrejas...). Da mesma forma, o desenvolvimento espiritual busca compreender situações além da esfera pessoal e possibilita ao indivíduo uma capacidade maior de compreender o porquê do adoecimento, o significado do sofrimento, das perdas, das separações ou da aproximação da morte (KOVÁCS, 2007).

Tendo como perspectiva contribuir para a compreensão dos aspectos biopsicossociais do envelhecimento humano, o presente estudo tem o objetivo de discutir sobre a relação entre espiritualidade/religiosidade no contexto da doença cardiovascular crônica e do estresse. Tendo como base um estudo de revisão bibliográfica, o capítulo apresenta as principais evidências científicas acerca do papel do estresse psicossocial na gênese e nas complicações das DCV e contextualiza a E/R e a hipótese de que ela ocupa um importante papel no manejo individual das doenças crônicas.

## O papel do estresse na doença cardiovascular

As doenças cardiovasculares representam 1/3 de todas as mortes no mundo e as doenças mentais vêm sendo incluídas entre os principais contribuintes para esse cenário. As doenças mentais, porém, possuem um impacto ainda maior, pois promovem incapacidade e contribuem para a mortalidade geral. A presença de transtornos mentais associados ao estilo de vida e padrões comportamentais, incluindo tabagismo, inatividade física, maus hábitos alimentares e má aderência a tratamentos pode desempenhar um papel importante na prevalência de doenças cardiovasculares. Além disso, o uso de me-

dicamentos antipsicóticos e, em menor grau, antidepressivos e estabilizadores de humor, pode aumentar o risco de doença coronariana, por meio de efeitos metabólicos e autonômicos.

Wajngarten e colaboradores (2020) revisaram o conceito de interconexão entre saúde mental e cardiovascular em estudos que analisaram estudos relacionados à progressão, evolução e o desenvolvimento da doença arterial coronariana (DAC) associada à depressão. Como resultados do estudo, relataram que mais de um quinto de todos os pacientes com DAC estava deprimido (com o risco de depressão maior nos casos mais graves de DAC) e 30,0% apresentavam sintomas depressivos relevantes. Sintomas de ansiedade e transtornos ansiosos, como a síndrome do pânico, foram comuns em pacientes com DCV. Os autores referem que eventos cardíacos súbitos, seguidos por tratamentos como cirurgia de revascularização miocárdica, podem ser potencialmente traumáticos, levando ao desenvolvimento de estresse pós-traumático (STP) e os sintomas do STP ocorrem entre 10,0% e 25,0% dos pacientes com síndrome coronária aguda. Por fim, observaram que em pacientes com insuficiência cardíaca, via final comum da maioria das DCV, a prevalência de depressão é quatro a cinco vezes maior do que na população em geral.

Da mesma forma, já se observou a associação potencial entre a mentalidade positiva e negativa e o risco cardíaco. A metanálise desenvolvida por Rozanski e colaboradores (2019) verificou a associação entre otimismo e risco de futuros eventos cardiovasculares, além de mortalidade por todas as causas. Foram analisados 15 estudos, com 229.391 participantes e média de 13,8 anos (intervalo 2-40 anos). Na análise conjunta, identificaram que o otimismo foi associado a

um risco reduzido de eventos cardiovasculares (risco relativo, 0,65; IC 95%, 0,51-0,78;  $P < 0.001$ ) e de mortalidade por todas as causas (risco relativo, 0,86; 95% CI, 0,80-0,92;  $P < 0.001$ ). Ainda, dados de uma metanálise realizada por Liu e colaboradores (2017) evidenciaram que o estresse psicossocial estava associado a um risco aumentado de hipertensão arterial (OR = 2,40, 95% CI = 1,65-3,49) e que os doentes hipertensos tiveram uma maior incidência de estresse psicossocial em comparação aos pacientes com normotensão (OR = 2,69, 95% CI = 2,32-3,11), indicando que o estresse psicossocial crônico pode ser um fator de risco para hipertensão arterial sistêmica. O conceito de estresse engloba vários fatores, desde estressores externos, tais como o estresse no trabalho, experiências adversas na vida e problemas financeiros, até reações ao estresse, incluindo depressão, ansiedade, exaustão física, transtornos psicológicos e distúrbios do sono.

O estudo Interheart<sup>2</sup> avaliou pacientes com infarto agudo do miocárdio (IAM) como primeiro evento e investigou as associações de vários estressores psicossociais com o risco desse agravo em 52 países e em diferentes populações caracterizadas pela idade, sexo, região geográfica e origem étnica (YUSUF et al., 2004). Os seus autores demonstraram que a presença de estresse psicossocial está associada a um risco aumentado de infarto agudo do miocárdio, independentemente da região estudada, grupo étnico e sexo, representando 33,0% do risco atribuível da população com IAM.

Outra condição cardiovascular que tem como estresse o principal componente complicador é a “*Síndrome de Takot-*

---

<sup>2</sup> O estudo Interheart foi um estudo caso controle internacional, delineado para avaliar de forma sistematizada a importância de fatores de risco para doença arterial coronariana ao redor do mundo. Publicado em 2004 foi desenvolvido entre 1999 e 2003 foi considerado um marco na definição atual desses fatores de risco.

*subo* (SDT), também chamada de “*Síndrome do coração partido*”, como revisam Scally e colaboradores (2012). É uma condição caracterizada pela insuficiência cardíaca aguda e pela disfunção contrátil ventricular transitória, que é frequentemente precipitada pelo estresse físico ou emocional agudo. Os autores complementam que, embora o mecanismo fisiopatológico preciso ainda permaneça incerto, essa síndrome pode servir como modelo exploratório da interconexão entre estresse psicoemocional, transtorno de ansiedade e disfunção miocárdica aguda, sendo situações estressoras o gatilho deflagrador da SDT em muitos pacientes.

Avezum Júnior e colaboradores (2020) destacam que o enfrentamento positivo ou negativo de situações adversas no dia a dia importam e possuem efeito clínico substancial. Baseados nessa afirmação trazem o conceito de *enfermidade moral*, que consiste na

[...] resposta subjetiva, afetando o comportamento ou relacionamento com os outros, envolvendo valores, sentimentos, ou atitudes associadas com prejuízo para si e/ou para o outro, incluindo a sociedade [...] (AVEZUM JR et al., 2020, p. 317).

Essa enfermidade deve, como ressaltam os autores, ser avaliada objetivamente durante a anamnese clínica utilizando-se de questionários ou escalas que sejam de fácil aplicabilidade na prática clínica.

## O papel da espiritualidade/religiosidade (E/R) no binômio saúde-doença

O interesse em torno do papel da espiritualidade ligada à saúde e ao bem-estar físico e mental tem crescido nos últimos 10 anos e o conhecimento científico vem sendo desen-

volvido no sentido de se provar que as crenças, o cultivo de uma fé e a participação em grupos religiosos são um fator de saúde. Ainda, temas que conectam E/R à saúde mental vêm sendo abordados e incluem bem-estar psicológico refletido em sentimentos como a satisfação com a vida, felicidade, afeto positivo e moral mais elevado (MOREIRA-ALMEIDA; LOTUFO NETO; KOENIG, 2006).

Religião e medicina já foram ligadas, todavia os avanços da ciência passaram a conceituar saúde e doença apenas do ponto de vista biológico sem, necessariamente, referir-se a alguma dimensão social, cultural, política ou espiritual. Entende-se cada vez mais, porém, que suas funções devem ser compartilhadas, já que ambas - saúde e ciência - servem para apoiar e reforçar o trabalho uma da outra em busca da saúde física, do bem-estar psicológico e do bem-estar comum (LEVIN, 2009).

Considerando-se que o desenvolvimento espiritual busca compreender situações além da esfera pessoal, é possível notar, também, que ele possibilita ao indivíduo uma capacidade maior de compreender o porquê do adoecimento, o significado do sofrimento, das perdas, das separações ou da aproximação da morte. Um consistente corpo de evidências indica que a religiosidade e a espiritualidade têm um marcante impacto, geralmente positivo, sobre a saúde e o bem-estar, em especial, para menores níveis de mortalidade geral, de depressão, de suicídio, de uso/abuso de substâncias e de melhor qualidade de vida (MISHRA et al., 2015).

De outra parte, sobre essa questão, cabe ressaltar que a religiosidade e a espiritualidade não são descritas como sinônimos. Ambas se associam ao divino e à conexão com um poder maior, mas possuem suas diferenças. A religiosidade

envolve a sistematização de culto e doutrina compartilhados por um grupo, sendo mais pública e formal, fornecendo um conjunto de conceitos e valores que estabelecem como os indivíduos são e como devem se esforçar para ser e que, também, ajuda a compreender os elementos morais da vida (PUCHALSKI; DORFF; HENDI, 2004). Já a espiritualidade relaciona-se com uma busca do sagrado, com significado e propósito de vida, estando mais relacionada a um aspecto intimista e independente de qualquer instituição formal, além de envolver emoções positivas, como esperança, fé e amor (GREENFIELD, 2009).

Para o Grupo de Estudos em Espiritualidade e Medicina Cardiovascular (GEMCA) da Sociedade Brasileira de Cardiologia,

[...] espiritualidade é um conjunto de valores morais, mentais e emocionais que norteiam pensamentos, comportamentos e atitudes nas circunstâncias da vida de relacionamento intra e interpessoal [...] (PRECOMA et al., 2019, p. 51).

Ainda, conforme Lucchetti, Lucchetti e Vallada (2013), os relacionamentos humanos, os valores morais e padrões éticos são muito importantes e o perdão, o altruísmo e a gratidão são frequentemente enfatizados e praticados, mas sem qualquer referência ao transcendente. Além disso, a conceitualização de espiritualidade como uma experiência que resulta do senso de conexão com uma entidade transcendente e que envolve sentimentos positivos, tais como fé, esperança e amor, sugere forte relação entre espiritualidade e melhor bem-estar psicológico, a despeito da participação religiosa do indivíduo.

Um estudo realizado por Johnson e colaboradores (2011) avaliou quais domínios da espiritualidade estão as-

sociados à ansiedade e à depressão em pacientes com doença avançada. Os autores aplicaram escalas de depressão, ansiedade, bem-estar e de experiências religiosas em 210 indivíduos com doença avançada, dos quais 1/3 foram diagnosticados com câncer, 1/3 com doença pulmonar obstrutiva crônica e 1/3 com insuficiência cardíaca. Todos os participantes possuíam idade média de 66 anos e 91,0% deles cristãos. O estudo demonstrou que o maior bem-estar espiritual, incluindo ambas as crenças sobre o papel da fé em doença e significado, paz e propósito na vida, foi associado a menor prevalência sintomas de ansiedade ( $P \leq 0,001$ ) e de depressão ( $P < 0,001$ ). Por outro lado, experiências religiosas mais negativas do passado foram associadas a maior prevalência de sintomas de ansiedade ( $P = 0,04$ ) e depressão ( $P = 0,004$ ) (JOHNSON et al., 2011).

Estudos que observaram a ligação entre religiosidade/espiritualidade em diferentes dimensões do bem-estar psicológico comprovaram que a religiosidade organizada, não organizada e a subjetiva foram associadas a todas as seis dimensões do modelo de Ryff<sup>3</sup> de bem-estar psicológico, exceto a autonomia (FRAZIER; MINTZ; MOBLEY, 2005). Na mesma direção, Greenfield comparou

[...] 1) as 8 dimensões do bem-estar psicológico (afeto negativo, afeto positivo, crescimento pessoal, propósito de vida, relações positivas com os outros, autoaceitação, empoderamento ambiental e autonomia); 2) a frequência de participação religiosa formal e 3) as percepções espirituais[...] (2009, p. 200, tradução nossa).

---

<sup>3</sup> O modelo de Ryff, de acordo com os autores, compreende um conjunto de seis dimensões relacionadas com o funcionamento psicológico positivo, nomeadamente: (1) aceitação de si; (2) relações positivas com os outros; (3) domínio do meio; (4) crescimento pessoal; (5) objetivos de vida; e (6) autonomia.

Concluiu que, apesar da participação religiosa formal frequente ter se associado a altos níveis de propósito de vida, essa participação não teve associação significativa com os demais critérios de bem-estar psicológico, sugerindo que a simples percepção espiritual é suficiente para aumentar o bem-estar psicológico dos indivíduos.

Além da experiência individual, a pessoa religiosa cria redes de apoio social junto às entidades religiosas, sendo esse, também, um aspecto adicional de melhora na qualidade de vida. Lim e Putnam (2010) observaram que 28,2% das pessoas que tinham uma alta frequência de visitas a grupos religiosos estavam extremamente satisfeitas com suas vidas. De outra parte, identificaram que indivíduos que nunca participaram de cultos religiosos, 19,6%, estavam extremamente satisfeitos. Essa constatação, de acordo com os autores, sugere que a satisfação com a vida é potencializada por meio da oração comunitária, a despeito de orar sozinho.

Ainda, a religião atua por meio de imposições comportamentais. Muitas religiões prescrevem ou proíbem comportamentos que possam ter impacto na saúde, como manter o dia do descanso, considerar o corpo sagrado, ser monogâmico, comer e beber com moderação e ter relações pacíficas; as crenças religiosas podem prover suporte por meio da melhora na aceitação ou da resiliência e as práticas religiosas, públicas ou privadas, podem, ainda, auxiliar a manter a saúde mental, a lidar com a ansiedade, medos, frustrações e raiva (MOREIRA-ALMEIDA; LOTUFO NETO; KOENIG, 2004). Além dos ensinamentos religiosos promoverem um estilo de vida saudável para vários fatores de risco como o álcool, promiscuidade sexual e fumo, os grupos religiosos, também, representam suporte e integração social para muitos de seus

membros. O apoio oferecido pelos grupos religiosos pode ser ampliado por outras opções, desde o apoio emocional, encorajamento e simpatia, propriamente ditos, até o material e o financeiro, oferecendo todo tipo de suporte para situações estressantes (IDLER et al., 2003).

Diversos estudos observaram os aspectos da E/R em pacientes sobreviventes de infarto agudo do miocárdio. Wachelder e colaboradores (2016) observaram a relação entre espiritualidade, enfrentamento e qualidade de vida em pacientes sobreviventes de infarto agudo do miocárdio. Em um total de 170 participantes, os autores identificaram que uma melhor qualidade de vida estava associada a maiores níveis de significado na vida, maiores níveis de atividades sociais e de lazer e menores níveis de fadiga. Todavia, não foi possível identificar maior impacto da E/R nesse subgrupo de pacientes.

Fuochi e Foá (2018) analisaram 77 mulheres que apresentaram infarto agudo do miocárdio (IAM) e outras 173 que não apresentaram o evento, aplicando questionário padronizado que avaliou estratégias de enfrentamento, autoeficácia, qualidade de vida e suporte social. Os resultados quantitativos indicaram diferenças estatisticamente significativas entre as mulheres que experimentaram o IAM e o grupo de controle: as primeiras apresentaram menor autopercepção da saúde, percepção de apoio social e suporte social, mas maior autoeficácia, uso de aceitação, evitação e enfrentamento religioso. As correlações pareadas mostraram que a estratégia de evitar lidar com o problema estava negativamente correlacionada com a qualidade de vida.

Sobre a hipertensão arterial, são múltiplos os estudos que avaliam o papel da espiritualidade nesse contexto. A

principal associação dos níveis pressóricos ocorre na análise da frequência ao serviço religioso, já que o ato simbólico e ritual de assistir aos serviços religiosos pode contribuir para sentimentos de paz interior e capacitação (SILVA et al., 2016). Outra explicação para o envolvimento da religiosidade com a hipertensão pode ser o “coping” religioso, por oferecer um contexto significativo para entender e lidar com os desafios da vida. O suporte social, o perdão e a crença na vida após a morte, na mesma direção, são citados como coadjuvantes do bem-estar e da redução do risco de hipertensão (BUCK et al., 2009).

Os mecanismos relacionados às funções fisiológicas vêm sendo estudados, incluindo o papel de possíveis mediadores do sistema nervoso autônomo e sua provável relação com a espiritualidade e a regulação cardiovascular. Práticas espirituais ou de meditação associam-se a um aumento do controle cardíaco parassimpático e à diminuição do simpático, o que permite ao organismo adaptar-se às novas exigências (PRECOMA et al., 2019). Estudo conduzido por Larsen e colaboradores (2008) analisou as relações entre a satisfação com o relacionamento com Deus e os padrões de controle autonômico cardíaco em 229 sujeitos de meia-idade. Foram avaliados resultados de eletrocardiograma e medida da pressão arterial e aplicados questionários sobre espiritualidade e qualidade de vida. A análise final concluiu que a espiritualidade pode ser associada ao controle autonômico cardíaco aumentado e, considerando que o controle simpático e parassimpático do coração diminui com a idade, esses resultados indicaram haver um efeito protetor da espiritualidade no controle neuroregulador do coração.

As diretrizes brasileiras de prevenção cardiovascular, publicadas em 2019, já orientam a necessidade de os médicos avaliarem a história espiritual do paciente usando dois minutos adicionais da consulta para entenderem suas crenças religiosas e o papel dessas na sua saúde e na forma como lida com a doença (PRECOMA et al., 2019). Integram a avaliação, nessa perspectiva, os comportamentos e estilos de vida ligados à saúde, ou seja, o desencorajamento do uso de álcool e de fumo, que diminuem o risco de doenças; o suporte social, de apoio e pertencimento, promovendo a diminuição do estresse e a mobilização de recursos de enfrentamento; a satisfação na percepção de que a vida significa alguma coisa e a esperança de que, no fim, tudo estará bem.

O propósito da avaliação da história espiritual do paciente, como refere Koenig (2004), é aprender sobre como ele lida com sua doença, os tipos de sistemas de suporte disponíveis em sua comunidade e quão forte é a sua crença para poder influenciar no tratamento. Lembra, a esse respeito, que a prática religiosa é a maneira mais comum de o paciente lidar com as doenças, pois as crenças religiosas possuem grande influência sobre as decisões tomadas por pacientes que apresentam enfermidades graves e a comunidade religiosa é a primeira fonte de suporte buscada por muitos deles.

Em contrapartida, vale destacar que os efeitos da religiosidade e da espiritualidade sobre a saúde são tão multifacetados e que a pesquisa futura deve focar, também, em outros elementos, como o ateísmo. Em lugar de um conjunto de crenças, como destaca Whitley (2010), o ateísmo pode ser considerado uma forma de olhar para o mundo, uma perspectiva diferente que se concentra em um conceito conhecido como “ateísmo positivo”. Um ateísta positivo, explica o

autor, mantém firme sua crença de que não há divindades, sejam elas rotuladas como “deuses” ou não. Acrescenta que esse conceito e sua relação com a saúde precisam ser melhores e mais eficientemente avaliados, especialmente em termos de seu efeito sobre o bem-estar psicológico e físico.

## Considerações Finais

O cuidado centrado no paciente pressupõe a compreensão plena por parte dos profissionais de saúde sob aspectos físicos, mentais e sociais do indivíduo. Há uma fragilidade e uma vulnerabilidade que precisam ser trabalhadas em diferentes dimensões e na perspectiva individual e das relações sociais. O estresse psicossocial é comprovadamente importante fator de risco para doença cardiovascular e relaciona-se à morbidade e mortalidade de várias doenças crônicas. O controle de doenças mentais, que incluem a ansiedade e a depressão, por meio de abordagens que visem melhor aceitação da doença e práticas que envolvam visões positivas e otimistas da vida devem ser implementadas.

Nesse contexto, a abordagem dos aspectos da religiosidade e da espiritualidade na anamnese clínica devem ser incluídos na avaliação de pacientes com doenças cardiovasculares. A valorização do papel da E/R na construção da personalidade do indivíduo e na aceitação do estado de doença são ferramentas que modificam a qualidade de vida, o bem-estar psicológico e, sem dúvida, são capazes de reduzir o estresse. Cabe ressaltar que esse tema deve ser adequadamente abordado de forma a respeitar as crenças e sentimentos que cada indivíduo desenvolve dentro de si e em suas relações interpessoais.

Essa revisão salienta, por fim, a importância de se considerar um quarto item às demais dimensões do conceito de saúde: a espiritualidade. Um conceito ampliado de saúde, nesses termos, compreende um estado de bem-estar físico, mental, social e espiritual. Inúmeros estudos evidenciam e a ampliação de aprofundamentos justificam essa compreensão e necessidade.

## Referência Bibliográficas

AVEZUM JR., Á. et al. Moral illness: the influence of thoughts and emotions on cardiovascular health. *SOCESP - Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo*, São Paulo (SP), v. 30, n. 3, p. 315-27, 2020.

BUCK, A. C. et al. An examination of the relationship between multiple dimensions of religiosity, blood pressure, and hypertension. *Social Science Medicine*, v. 68, n. 2, p. 314-22, 2009.

FRAZIER, C.; MINTZ, L. B.; MOBLEY, M. Multidimensional Look at Religious Involvement and Psychological Well Being Among Urban Elderly African Americans. *Journal of Counseling Psychology*, v. 52, p. 583-90, 2005.

FUOCHI, G; FOÀ, C. Quality of life, coping strategies, social support and self-efficacy in women after acute myocardial infarction: a mixed methods approach. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, v. 32, n. 1, p. 98-107, 2018.

GREENFIELD, P. M. Linking social change and developmental change: shifting pathways of human development. *Developmental Psychology*, v. 45, n. 2, p. 401-418, 2009.

IDLER, E. L. et al. Measuring multiple dimensions of religion and spirituality for health research: conceptual background and findings from 1998 general social survey. *Research on Aging*, v. 25, n. 4, p. 327-35, July 2003.

JOHNSON, J. L. et al. Men's discourses of help-seeking in the context of depression. *Sociology of Health & Illness*, v. 34, n. 3, p. 345-61, 2012.

KOENIG, H. G. Taking a Spiritual History. *JAMA*, v. 291, n. 23, p. 2881, June 2004.

LARSEN, J. T. et al. The psychophysiology of emotion. MICHAEL, L.; HAVILAND-JONES, J. M.; LISA FELDMAN BARRETT, L. F. *Handbook of emoticons*. 3rd ed. The Guilford Press, 2008. p. 180-195.

LEVIN, J. How Faith Heals: a theoretical model. *Explore*, v. 5, n. 2, p. 77-96, Mar./Apr. 2009.

LIM, C.; PUTNAM, R. D. Religion, social networks, and life satisfaction. *American Sociological Review*, v. 75, n. 6, p. 914-33, 2010.

LIU, M.Y. et al. Association between psychosocial stress and hypertension: a systematic review and meta-analysis. *Neurological Research*, v. 39, n. 6, p. 573-580, 2017.

LUCCHETTI, G.; LUCCHETTI, A. L. G.; VALLADA, H. Measuring spirituality and religiosity in clinical research: a systematic review of instruments available in the Portuguese language. *São Paulo Medical Journal*, São Paulo (SP), v. 131, n. 2, p. 112-22, 2013.

MALTA, D. C. et al. Mortalidade por doenças cardiovasculares no SIM e no GBD. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, Rio de Janeiro (RJ), v. 115, n. 2, p. 152-60, 2020.

MISHRA, S. K. et al. Spirituality and Religiosity and Its Role in Health and Diseases. *Journal of Religion and Health*, v. 56, n. 4, p. 1282-1301, 2017.

MOREIRA-ALMEIDA, A.; LOTUFO NETO, F.; KOENIG, H. G. Religiosity and Mental Health: a review. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo (SP), v. 28, n. 3, p. 242-50, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. *Constituição da Organização Mundial da Saúde*. Documentos básicos. Suplemento da 45ª edição. Brasília: out. 2006.

PRECOMA, D. B. et al. Atualização da Diretriz de Prevenção Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia – 2019. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, Rio de Janeiro, v. 113, n. 4, p. 787-891, 2019.

PUCHALSKI, C. M., DORFF, R.E., HENDI, I.Y. Spirituality, religion, and healing in palliative care. *Clinical Geriatric Medicine*, v. 20, n. 4, p. 689-714, 2004.

RIBEIRO, A. L. P. et al. Cardiovascular Health in Brazil: trends and perspectives. *Circulation*, v. 133, p. 422-33, 2016.

ROZANSKI, A. et al. Association of Optimism With Cardiovascular Events and All-Cause Mortality: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Network Open*, v. 2, n. 9, p. 1912200, Sept. 2019.

SCALLY, C. et al. Myocardial and Systemic Inflammation in Acute Stress-Induced (Takotsubo) Cardiomyopathy. *Circulation*, v. 139, n. 13, p. 1581-92, 2019.

SILVA, C. F. et al. Espiritualidade e religiosidade em pacientes com hipertensão arterial sistêmica. *Revista Bioética*, Brasília (DF), v. 24, n. 2, p. 332-43, 2016.

WACHELDER, E. M. et al. Dealing with a life changing event: the influence of spirituality and coping style on quality of life after survival of a cardiac arrest or myocardial infarction. *Resuscitation*. v. 109, p. 81-86, Dec. 2016.

WAJNGARTEN, M. et al. Associação entre saúde mental e saúde cardiovascular: do conceito à identificação de preditores independentes. *Revista Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo*, São Paulo (SP), v. 30, n. 3, p. 358-64, 2020.

WHITLEY, R. Atheism and mental health. *Harvard Review of Psychiatry*, v. 18, n. 3, p. 190-194, 2010.

YUSUF, S. et al. INTERHEART Study Investigators. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet*, v. 364(9438), p. 937-52, 2004.

# 13

## M-Health na assistência a saúde mental de pessoa idosa com depressão: relato de caso

*Vanessa Fontana Rovani  
Willian Roger Dullius  
Silvana Alba Scortegagna*

### Introdução

O vírus Coronavírus (SARS-CoV-2) e a sua consequente enfermidade, a COVID-19, atingiu o status de pandemia em março de 2020, desencadeando uma ordem de permanência em casa, onde as populações foram instruídas a cumprir regras obrigatórias de distanciamento social e autoisolamento. As restrições sociais impostas para tentar conter o vírus levaram a uma ampla disrupção social e econômica (ORNELL et al., 2020).

Essa rápida mudança nas normas sociais aumentou o isolamento, levando à solidão e à depressão, que são fatores conhecidos no desenvolvimento de piores resultados de saúde mental (ROBB et al., 2020). As pesquisas existentes

apoiam relatórios que evidenciam que a saúde mental da população piorou, e destacam que o isolamento social tem um efeito desproporcional no bem-estar físico e mental dos idosos (SANTINI et al., 2020) com evidências de aumento de sentimentos de depressão, ansiedade e solidão nessa população (ROBB et al., 2020).

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5, 2014) o transtorno depressivo se caracteriza pela presença de um humor triste, vazio ou irritável, que pode estar acompanhado de alterações cognitivas e somáticas, afetando significativamente o funcionamento social, profissional ou outras áreas importantes da vida do sujeito. Dentre os principais sintomas estão mudanças no sono, apetite e peso, diminuição da energia, cansaço e fadiga, perda de interesse ou prazer, além de dificuldade para pensar e de concentração. Frequentemente, tem início precoce, se manifestando na infância, adolescência ou início da vida adulta.

Assim como a depressão, a solidão também é considerada um problema de saúde pública significativo em pessoas com 60 anos ou mais, com evidências mostrando relação entre a solidão persistente e o aumento da utilização de serviços de saúde (SANTINI et al., 2020). Além disso, um estudo longitudinal sobre envelhecimento indicou que a solidão está relacionada à depressão futura, pois os sintomas depressivos aumentam ao longo do tempo entre pessoas que apresentam resultados com pontuações mais altas em avaliações sobre solidão (SAUL; GURSUL, 2021).

A depressão afeta as condições emocionais, físicas e comportamentais e varia na intensidade, frequência e duração dos sintomas. Os fatores que desencadeiam a depressão

na pessoa idosa são variados, como por exemplo, pode-se citar sentimentos de inutilidade e isolamento social; as alterações e limitações físicas; a solidão; perdas de amigos e familiares próximos e problemas de saúde (OLIVEIRA; GONÇALVES, 2020).

Indivíduos idosos costumam encontrar apoio para superar suas angústias na espiritualidade ou na devoção a alguma religião. A espiritualidade pode ser definida como o esforço dos indivíduos para compreender e reconhecer as relações consigo mesmo, com as outras pessoas, e o significado da vida. O bem-estar espiritual é um recurso interno valioso que afeta os resultados do tratamento, envolve a paz interior, o valor da vida e os sentimentos de esperança, enquanto a dimensão religiosa inclui um sentimento de tranquilidade decorrente de estar conectado a um poder superior sagrado e perpétuo (AYIK; ÖZDEN; CENAN, 2019).

A religiosidade, de modo geral, além de estar relacionada com o bem-estar, é uma fonte de suporte emocional, pode trazer benefícios para a saúde física e mental em pessoas idosas (AYIK; ÖZDEN; CENAN, 2019; SILVA et al., 2018). As relações familiares positivas também se mostram importantes na manutenção da saúde mental do idoso (COUTINHO et al., 2020), assim como o tratamento medicamentoso aliado ao tratamento psicoterápico.

Pesquisas recentes reforçam a importância do atendimento psicológico em casos que apresentam diagnóstico de depressão. As evidências apontam para melhor eficácia do tratamento farmacológico quando aliado ao atendimento psicoterápico (CAROLI; ZAVARIZE, 2016). Tendo em vista que na velhice muitas pessoas sofrem com reações adversas às interações medicamentosas, a psicoterapia se apresenta

como um dispositivo de auxílio e de suporte necessário (RI-BEIRO; FREITAS; SOUZA, 2016).

Considerando o atual contexto pandêmico causado pelo vírus SARSCoV-2, agente etiológico da COVID-19, a oferta de tratamentos para pessoas com doenças prévias e para preservação da saúde mental ficaram comprometidos. As proscricões de saúde pública do COVID-19 criaram barreiras severas ao acesso à psicoterapia presencial em todo o mundo. Para superar estes desafios e manter a oferta de serviços de assistência em saúde mental respeitando as orientações para evitar a proliferação do vírus, foram intensificados os cuidados a essa população por meio de dispositivos tecnológicos (PEDOTT; LIMA; SCORTEGAGNA, 2022).

A oferta de intervenções em eSaúde foi uma opção para corrigir as barreiras de acesso à psicoterapia. Bennett et al. (2020), em uma pesquisa abrangente, um total de 65 revisões e meta-análises evidenciaram que a eSaúde é aceitável e eficaz para melhorar a depressão, ansiedade, problemas relacionados ao álcool e saúde mental geral e pode até oferecer benefícios como um complemento à psicoterapia tradicional. Como conclusão, as intervenções de eSaúde mostraram potencial de ser uma ferramenta eficaz para corrigir novas e antigas barreiras de acesso à psicoterapia, mas as evidências sobre sua eficácia continuam sendo uma preocupação.

O desenvolvimento de programas e a oferta de assistência com o uso de tecnologias de informação e comunicação (TIC's) como os dispositivos m-Health por meio de videoconferências ou ligações telefônicas, grupos no WhatsApp estão se difundindo, evidenciando os benefícios da telepsicologia e da telessaúde para a assistência em saúde mental e física (SECCHI et al., 2021). Por meio destes dispositivos é possí-

vel fazer o resgate da conexão social, esta representa um papel significativo no amortecimento do efeito da depressão.

Portanto, as intervenções online em saúde mental para a população idosa com transtorno depressivo são uma possibilidade de ação que pode resultar no incremento de condições gerais de saúde. O uso de tecnologias, como os dispositivos m-Health, pode favorecer a melhoria e a ampliação do acesso a serviços de saúde mental, principalmente em contextos de vulnerabilidade e restrição de contato físico, na presença de sintomas de depressão. Entretanto, ainda pouco se sabe sobre os alcances desta modalidade de atendimento tanto quando utilizada como recurso único quanto no seu emprego com recurso na modalidade híbrida (presencial e online).

Considerando o exposto, questiona-se: Quais as contribuições dos atendimentos híbridos para pessoas idosas com depressão? O objetivo deste estudo foi verificar as contribuições de serviços de saúde mental para uma senhora idosa com depressão, por meio de dispositivos m-Health, durante a pandemia de COVID-19, combinado à abordagem presencial.

## Desenvolvimento

Trata-se de um estudo de caso exploratório acerca de atendimentos psicológicos realizado inicialmente na modalidade individual, presencial e, na sequência, em grupo por meio de um aplicativo m-Health, via videoconferência, para pessoas idosas com depressão. O caráter exploratório deste estudo merece ser destacado, pois não se tem evidências empíricas suficientes sobre a efetividade da modalidade de in-

tervenção online, uma vez que essa abordagem começou a ser empregada com maior intensidade após o início da pandemia do COVID-19, o que reforça a importância deste estudo.

A participante, Margarida (pseudônimo) é uma senhora idosa, de 68 anos de idade, viúva, aposentada, ensino médio completo, residente em domicílio unipessoal, com diagnóstico médico de depressão. A senhora realiza acompanhamento psiquiátrico, faz uso de medicamentos para depressão, e procurou atendimento psicológico em serviço público, com queixas principais de sintomas depressivos e problemas de relacionamento interpessoal. Para a coleta dos dados, nas entrevistas iniciais foram utilizados questionário sociodemográfico aplicado pela pesquisadora presencialmente e também, para início dos atendimentos online, um questionário sociodemográfico online e autoaplicável.

As primeiras sessões consistiram em um acolhimento e anamnese, a fim de obter dados mais gerais e compreender o contexto da paciente, por meio de questionário sociodemográfico e entrevista psicológica. As sessões subsequentes foram pautadas pela abordagem psicanalítica.

Durante os atendimentos, foi percebido pela terapeuta a necessidade de incremento da socialização de Margarida, além da demanda por uma rede de relações sociais, especialmente de pessoas com idades próximas à sua, que estava em déficit, principalmente por conta da pandemia. Assim, Margarida foi convidada a participar de um dos grupos de atendimento à idosos do projeto Coletivos Online em Saúde Mental: Ação transdisciplinar para grupos vulneráveis à Covid-19, paralelamente às sessões presenciais e individuais que já vinha realizando.

Os atendimentos em grupos de idosos foram coordenados por psicólogo e realizados com base na abordagem psicanalítica de Winnicott. As entrevistas livres foram transcritas na íntegra e foram analisadas de acordo com os aportes da literatura. Este estudo foi aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), vinculada ao Conselho Nacional de Saúde (CNS), CAAE número 31919020.6.1001.5342.

Foram realizados atendimentos psicológicos semanais de 50 minutos cada, na modalidade individual, presencial, pelo período de três meses. Também foram realizados atendimentos psicológicos semanais de 60 minutos cada, na modalidade grupal e online síncrono, via videoconferência, por quatro meses. Neste capítulo serão abordados os dados coletados por meio da entrevista psicológica durante os atendimentos presenciais da senhora Margarida.

As entrevistas trouxeram dados sobre a história pregressa e atual de Margarida. A participante, é uma senhora idosa, divorciada, teve três filhos, sendo que um é falecido. Seu ex-marido também é falecido. Sobre sua história pregressa refere que seu pai era muito rígido. Quando criança, conta que gostava de estudar, mas quando precisava apresentar algum trabalho, sentia uma angústia muito grande, que descreveu como “um aperto no estômago” e em manifestações de tontura, a qual sente até os dias atuais em situações onde se vê ameaçada. Assim, foi perdendo o interesse em estudar, concluindo o ensino médio apenas mais tarde, quando já estava casada.

Considerando a literatura pertinente e os dados apresentados, observa-se que o transtorno depressivo frequentemente tem início precoce, se manifesta na infância, adoles-

cência ou início da vida adulta e pode estar acompanhado de alterações cognitivas e somáticas; outros sintomas incluem perda de interesse ou prazer, além de dificuldades para pensar e de concentração (DSM-5, 2014). No caso de Margarida ocorre um aperto no estômago e tontura, especialmente em situações angustiantes, o que afeta seu funcionamento social, além de suas atividades como estudante.

A depressão desde a infância no caso de Margarida confirma um dos critérios de diagnóstico do DSM-5 (2014), além de um humor triste, perda de interesse ou prazer. Margarida conta que faz uso de medicamentos para depressão há muito tempo, e que há pouco mais de um ano, estava se sentindo extremamente deprimida, “*no fundo do poço*” e não queria mais viver, mas que agora está se sentindo melhor.

Atualmente, Margarida reside sozinha e, ao acionar o serviço público de saúde mental, apresentou-se com um humor deprimido, sendo que as suas principais queixas eram: a solidão, a tristeza, desânimo, insegurança, baixa autoestima, a ansiedade, dificuldades de relacionamento interpessoal e o isolamento social. Conforme pode ser visto pelo seu relato: “*Eu venho me sentindo muito deprimida, tenho depressão e estou tomando remédios, mas ainda me sinto deprimida. Falei com o doutor que eu precisava de alguém pra conversar.*”. E também quando diz: “*Eu estava muito deprimida. Não saía de casa, só ficava deitada o dia inteiro. Agora eu já saio de casa, não durmo mais o dia inteiro, mas ainda estou deprimida.*”

Devido à pandemia, a solidão apresentou-se intensificada, uma vez que a paciente não pôde mais visitar familiares, amigos ou participar de eventos sociais, o que também trouxe incremento a sentimentos de baixa autoestima. Relatou

sentir-se deprimida, especialmente ao deparar-se com acontecimentos e situações de vida que a aborrecem ou a desestabilizam emocionalmente, demonstrando uma fragilidade em relação ao mundo externo.

A solidão pode ser definida como o tempo volitivo gasto por uma pessoa, geralmente usado de forma construtiva; em outras palavras, o tempo sozinho que é buscado e utilizado com o propósito de se engajar em atividades intrinsecamente motivadas (GALANAKI, 2013). A literatura teórica e empírica aponta para os benefícios da solidão ao longo da vida, conforme evidenciado pelos exemplos a seguir.

Winnicott (1958) teorizou que a capacidade de estar só começa na infância e considerou a falta de ansiedade de uma pessoa quando está sozinha uma conquista do desenvolvimento. Crianças que preferem brincar solitárias demonstram maior capacidade de atenção e menos negatividade emocional e hostilidade do que seus colegas mais sociáveis (COPLAN; ARMER, 2007).

Embora Margarida apresenta sentimentos de solidão, tristeza, desânimo, insegurança, baixa autoestima, dificuldades de relacionamento interpessoal e isolamento social, condizentes com o seu quadro depressivo, ela denota ser uma pessoa devota à espiritualidade: gosta de ir à missa semanalmente, fazer orações, assistir a programas religiosos na televisão. Para ela, a espiritualidade se mostra associada a sentimentos de bem-estar, sendo uma fonte para o suporte emocional, na saúde psicológica, satisfação com a vida, felicidade, e afeto positivo (SILVA et al., 2018).

A religião e a espiritualidade para a paciente deste estudo significam uma fonte de amparo, acolhimento e fortalecimento mental frente ao seu sofrimento, como também ob-

servado em estudos prévios (AYIK; ÖZDEN; CENAN, 2019; SILVA et al., 2018). Diversas vezes Margarida relata a importância da religiosidade em sua vida: *“Eu estou rezando muito pra que tudo dê certo. Eu rezo, faço a novena, rezo o terço, vou na missa, eu sinto que isso me acalma, eu me sinto mais forte.”*; *“Às vezes eu fico mais triste e rezar me ajuda a me acalmar; “Ai, eu me sinto muito ansiosa. Eu sinto uma coisa assim no peito. Não sei o que é. Mas daí eu rezo, rezo bastante, faço a novena, vou à missa e isso passa.”*.

No seu dia-a-dia, Margarida auxilia os filhos nas suas atividades profissionais e também costuma cuidar dos netos. Essas atividades resultam em um bem-estar para Margarida, o que apoia pesquisas que mostram que as relações familiares positivas são fator de proteção para a manutenção da saúde mental, principalmente em pessoas idosas (CONTINHO et al., 2020).

Além disso, Margarida segue tratamento medicamentoso para depressão e psicoterapia individual. Segundo ela, o tratamento tem lhe ajudado a se sentir melhor, juntamente com as sessões de psicoterapia grupal online. Relata: *“Eu senti bastante falta das sessões. Me sinto melhor vindo aqui, parece que quando eu falo consigo tirar aquele aperto do peito. Não é com todo mundo que eu consigo falar. Mas vindo aqui me ajuda bastante.”*.

Um dos motivos que a fez ter procurado por atendimento psicológico foi a falta de pessoas em seu círculo social com quem pudesse conversar. Esta foi uma das razões também porque Margarida iniciou atendimento ofertado no projeto Coletivos Online em Saúde Mental. Este serviço transdisciplinar proporciona voluntariamente sessões grupais de intervenção online em saúde mental. Os grupos são coordena-

dos por psicólogos, oriundos de diferentes estados do Brasil (SCORTEGAGNA; PASIAN; LIMA, 2021).

A partir dos atendimentos realizados no Coletivos Online em Saúde Mental, houve um incremento na socialização de Margarida, que passou a interagir com mais frequência com pessoas nos encontros dos grupos, além de um fortalecimento e melhora de sua autoestima.

De acordo com os relatos da paciente: *“Agora estou bem melhor, tomando meus remédios e tenho as consultas aqui e o acompanhamento lá no grupo. A gente vai lidando melhor com as situações...”*; *“Eu tenho as amigas lá do grupo, elas são muito queridas, elas me fortalecem bastante. Eu gosto muito de participar do grupo.”*; e acrescenta: *“O grupo que eu participo também gosto muito, as colegas são muito legais, elas me apoiam. É bom pra pensar. A terapeuta também sempre me fala coisas positivas, então estou gostando muito de participar.”*.

Neste estudo, a intervenção online se mostrou uma possibilidade de ação, em conjunto com os atendimentos presenciais, favorecendo a manutenção da assistência em saúde mental e contribuindo para o bem-estar de Margarida, especialmente no contexto da COVID-19. As intervenções online, de modo síncrono, com grupos, acabam por estimular a socialização, dirimir sintomas depressivos, entre as pessoas idosas, o que se constitui em um fator de proteção ao adoecimento físico e mental, bem como uma estratégia no enfrentamento das adversidades provenientes do processo de envelhecimento, do estresse e dos sentimentos de solidão (CANALI; SCORTEGAGNA, 2021). Alguns estudos consideram que a utilização do meio online no cuidado em saúde mental pode se configurar em uma realidade permanente no

pós-pandemia, complementando as intervenções no formato presencial (VIANA, 2020).

## Considerações Finais

As demandas expressivas de atendimento nos serviços de atenção psicológica a pessoas idosas com diagnóstico médico de depressão, as manifestações de sintomas depressivos, sentimentos de solidão, principalmente durante a pandemia de COVID-19, que pode ter intensificado sintomas pré-existentes, impulsionam a oferta de serviços de saúde mental, em grupos na modalidade síncrona, por meio de m-Health. Aliados ao tratamento individual e medicamentoso, estas modalidades de assistência podem ser eficazes para a redução dos sentimentos de solidão e dos sintomas depressivos, fomentando a saúde mental e aspectos gerais de saúde no contexto da COVID-19, como observado no presente estudo.

Programas de intervenção nesta modalidade precisam ser ampliados, para que sujeitos nos mais diferentes contextos de vida possam ter acesso. Como já observado, a utilização do meio online no cuidado em saúde mental pode se configurar em uma realidade permanente, complementando as intervenções no formato presencial. Por fim, considerando que não se tem evidências empíricas suficientes sobre a efetividade da modalidade de intervenção online, uma vez que essa abordagem começou a ser empregada com maior intensidade após o início da pandemia do COVID-19, o seguimento de estudos desta natureza e com populações mais abrangentes deve ser estimulado.

## Referências Bibliográficas

AYIK, C.; ÖZDEN, D.; CENAN, D. Relationships among spiritual well-being, adjustment, and quality of life in patients with a stoma: A Cross-sectional Descriptive Study. *Wound Management & Prevention*, Pensilvania, v. 65, n. 5, p. 40–47, 2019.

BENNETT, C. B. et al. eHealth to redress psychotherapy access barriers both new and old: A review of reviews and meta-analyses. *Journal of Psychotherapy Integration*, Texas, v. 30, n. 2, p. 188-207, 2020.

CANALI, A. L. P.; SCORTEGAGNA, S. A. Agravos à saúde mental de pessoas idosas frente a COVID-19. *Research, Society and Development*, São Paulo, v. 10, n. 7, e50210716947, jun. 2021.

CAROLI, D.; ZAVARIZE, S. F. A importância da psicoterapia no tratamento da depressão em idosos. *Revista Faculdades do Saber*, São Paulo, v. 1, n. 1, 2016.

COPLAN, R. J.; ARMER, M. A “multitude” of solitude: A closer look at social withdrawal and nonsocial play in early childhood. *Child Development Perspectives*, Utah, v. 1, n. 1, p. 26-32, 2007.

COUTINHO, J. S. L. et al. Compreensão da relação entre a saúde mental do idoso e seu ambiente familiar: uma revisão integrativa. *Brazilian Journal of Health Review*, Curitiba, v. 3, n. 4, p.10559-10572 jul./aug. 2020.

GALANAKI, E. Solitude in children and adolescents: A review of the research literature. *Psychology and Education – an Interdisciplinary Journal*, v. 50. p. 79-88, 2013.

*Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

OLIVEIRA, L.; GONÇALVES, J. R. Depressão em idosos institucionalizados: Uma revisão de literatura. *Revista JRG de Estudos Acadêmicos - Ano III*, Brasília, v. 3, n. 6, p. 110-122, mar. 2020.

ORNELL, F.; SCHUCH, J.B.; SORDI, A.O.; KESSLER, F.H.P. Pandemia de medo e CoVid-19: Impacto na saúde e possíveis estratégias. *Revista Debates in Psychiatry*, v. 2, p. 12-17, 2020.

PEDOTT, R.; LIMA, E. S.; SCORTEGAGNA, S. A. Acolhimento psicológico de pessoas idosas e oferta de serviços de saúde mental online diante da COVID-19. In: SCORTEGAGNA, S. A.; SCORTEGAGNA, H. M.; FIOREZE, C. (org.). *Envelhecimento Humano: Saúde, Inovação e Desenvolvimento Sustentável*. Passo Fundo: Editora UPF, 2022, p. 77-93.

RIBEIRO, P. C. C.; FREITAS, V. J.; SOUZA, J. S. A busca pelo atendimento psicológico na meia-idade e na velhice. *Kairós: Gerontologia*, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 65-83, out. 2016.

ROBB, C. E. et al. Associations of social isolation with anxiety and depression during the early COVID-19 pandemic: a survey of older adults in London, UK. *Frontiers in Psychiatry*, Londres, v. 11, p. 1-12, set. 2020.

SANTINI, Z. I. et al. Social disconnectedness, perceived isolation, and symptoms of depression and anxiety among older Americans (NSHAP): a longitudinal mediation analysis. *The Lancet Public Health*, Londres, v. 5, n. 1, p. e62-e70, 2020.

SILVA, G. O. et al. Repercussões do adoecimento crônico na saúde mental de pessoas idosas. *Revista de Enfermagem UFPE on-line*, Pelotas, v. 12, n. 11, p. 2923-2932, nov. 2018.

SAUL, H.; GURSUL, D. Loneliness is strongly linked to depression among older adults, a long term study suggests. *BMJ* (Clinical research ed.), Londres, v. 375, n. 2524, out. 2021.

SCORTEGAGNA, S. A.; PASIAN, S. R.; LIMA, M. A. Coletiv@s on-line em saúde mental: Ação transdisciplinar para grupos vulneráveis à COVID-19. *Cartilha informativa e guia de saúde mental*. 1 ed. Passo Fundo: EDIUPF, 2021.

SECCHI, A.; DULLIUS, W. R.; GARCEZ, L.; SCORTEGAGNA, S. A. Intervenções online em saúde mental em tempos de COVID-19: Revisão sistemática. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, Porto Alegre, v. 23, p. 167-190, mar. 2021.

VIANA, D. M. Atendimento psicológico online no contexto da pandemia de COVID-19. *Cadernos ESP - Revista Científica da Escola de Saúde Pública do Ceará*, Ceará, v. 14, n. 1, p. 74-79, 2020.

WINNICOTT, D. W. The capacity to be alone. *The International Journal of Psychoanalysis*, v. 39, p. 416-420, 1958.

## Sobre os autores

**Adriano Pasqualotti** - Matemático. Pós-doutor em Sociedade, Comunicação e Cultura pelo Centro de Administração e Políticas Públicas, do Instituto de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa, Portugal. Doutor em Informática na Educação. Mestre em Ciência da Computação. Pesquisador e Docente do Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano da UPF. E-mail: [pasqualotti@upf.br](mailto:pasqualotti@upf.br)

**Alexandra Verardi Burlamaque** - Psicóloga. Graduada pela UPF. Especialista em Oncologia e Psicologia Hospitalar pela UPF. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano na UPF. E-mail: [113631@upf.br](mailto:113631@upf.br)

**Ana Carolina Bertoletti De Marchi** - Bacharel em Informática. Doutora em Informática na Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Mestre em Computação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Pesquisadora e Docente do Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano da UPF. E-mail: [carolina@upf.br](mailto:carolina@upf.br)

**Ana Luisa Sant' Anna Alves** - Nutricionista. Pós-doutora na Technische Universität Kaiserslautern, Alemanha. Doutora em Epidemiologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Mestre em Ciências da Saúde pela UNISINOS. Pesquisadora e Docente do Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano da UPF. E-mail: [alves.als@upf.br](mailto:alves.als@upf.br)

**Ana Paula Prigol** - Enfermeira. Graduada pela UPF. Servidora Pública do município de Lagoa Vermelha, RS. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano da UPF. E-mail: [anapaulaprigol03@gmail.com](mailto:anapaulaprigol03@gmail.com)

**Andressa Schacht** – Nutricionista. Graduada pela UPF. Especialista em Saúde do Idoso pela UPF/ Hospital São Vicente de Paulo/ Secretaria Municipal de Saúde de Passo Fundo, Passo Fundo – RS. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano da UPF. E-mail: [andressa\\_schacht@hotmail.com](mailto:andressa_schacht@hotmail.com)

**Carla Rigon** - Farmacêutica. Graduada pela Universidade de Caxias do Sul. Especialista em Atenção ao Câncer pelo Programa de Residência Multiprofissional Integrada da UPF. Pós-graduada na área de Auditoria em Saúde pela Uninter. Farmacêutica da oncologia do Hospital São Vicente de Paulo de Passo Fundo. Preceptora do Programa de Residência em Atenção ao Câncer no Hospital São Vicente de Paulo de Passo Fundo. E-mail: [carla-rigon@hotmail.com](mailto:carla-rigon@hotmail.com)

**Charise Dallazem Bertol** - Farmacêutica. Doutora em Ciências Farmacêuticas pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Mestre em Farmácia pela Universidade Federal de Santa Catarina. Pesquisadora e Docente do Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano da UPF. E-mail: charise@upf.br

**Cleide Fátima Moretto** - Economista. Pós-Doutorado em Psicologia Social e do Trabalho pela Universidade de Lisboa (Lisboa-Portugal). Doutora em Teoria Econômica pela Universidade de São Paulo (USP). Mestre em Economia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Pesquisadora e Docente do Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano da UPF. E-mail: moretto@upf.br

**Cristiele Batista Frese** - Bacharel em Educação Física. Graduada pela Universidade de Cruz Alta (Unicruz). Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano da UPF.

**Cristina Fioreze** - Bacharel em Serviço Social. Doutora em Sociologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Mestre em Educação pela UPF. Pesquisadora e Docente do Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano da UPF. E-mail: cristinaf@upf.br

**Daiana Argenta Kümpel** - Nutricionista. Graduada pela Universidade de Cruz Alta. Mestre e Doutoranda em Envelhecimento Humano pela UPF, RS, Brasil. E-mail: daianakumpel@upf.br

**Elizane Langaro** - Farmacêutica. Graduada pela UPF. Especialista em Atenção ao Câncer pelo Programa de Residência Multiprofissional Integrada da UPF. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano da UPF. Tutora do curso de Farmácia na Anhanguera Educacional. Farmacêutica do Serviço de Quimioterapia do Hospital São Vicente de Paulo de Passo Fundo. Preceptora do Programa de Residência Multiprofissional Integrada da Universidade de Passo Fundo. E-mail: elizanelangaro04@gmail.com

**Eduardo Pitthan** - Médico cardiologista. Doutor em Ciências da Saúde pelo Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul (IC/FUC), no Université Paris Descartes e no Centre Hospitalier René Dubos, Pontoise, França. Mestre em Ciências da Saúde pelo Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul (IC/FUC). Professor do curso de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul. Docente Permanente do Mestrado Profissional em Processo de Pesquisa e Inovação em Saúde IC/FUC. Presidente do DECAGE-RS/SOCERGS. Médico do Corpo Clínico do Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul, do Hospital Mãe de Deus, do Hospital Moinhos de Vento e do Hospital Ernesto Dornelles. E-mail: pitthan@cardiol.br

**Emerson Rogério de Oliveira Jr.** - Bacharel em informática. Mestre em Ciência da Computação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Doutorando do Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano da UPF. Docente do Instituto Federal do Rio Grande do Sul, Sertão/RS. E-mail: emerson.oliveira@sertao.ifrs.edu.br

**Fabrízio Martin Pelle Perez** - Fisioterapeuta. Graduada pela Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões. Mestre em Envelhecimento Humano pela UPF. Doutorando do Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano da Faculdade de Educação Física e Fisioterapia da UPF. E-mail: [fabrizziopelle@gmail.com](mailto:fabrizziopelle@gmail.com)

**Henrique Teixeira Gil** - Pós-doutoramento em Ciências Sociais pelo Centro de Administração e Políticas Públicas, do Instituto de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa, Portugal. Doutor em Educação. Docente da Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Castelo Branco, Portugal. Pesquisador associado do Centro de Administração de Políticas Públicas, do Instituto de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa E-mail: [hteixeiragil@ipcb.pt](mailto:hteixeiragil@ipcb.pt)

**Juliana Rosa Nascimento** - Fisioterapeuta. Graduada pela Universidade Federal de Santa Maria. Mestre em Reabilitação Funcional pela Universidade Federal de Santa Maria. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano da UPF. E-mail: [julianaa\\_nascimento@hotmail.com](mailto:julianaa_nascimento@hotmail.com)

**Kenia Johner** - Esteticista e Cosmetóloga. Graduada pela Universidade Luterana do Brasil – ULBRA, Carazinho, RS. Especialista em Estética e Cosmética pelo FISESE - PF-RS. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano da UPF. Bolsista CAPES/Prosc. E-mail: [18813@upf.br](mailto:18813@upf.br)

**Larissa Sasso Bernardi** - Psicóloga, Graduada pela Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano da UPF. Psicóloga da Saúde do Município de Garruchos - RS. E-mail: larissa.sasso10@outlook.com

**Lia Mara Wibeling** - Fisioterapeuta. Doutora em Gerontologia Biomédica pela Pontifícia Universidade Católica/RS. Mestre em Gerontologia Biomédica pela Pontifícia Universidade Católica/RS. Especialização em Saúde Pública pela Universidade de Ribeirão Preto/SP. E-mail: liafisio@upf.br

**Marcia Liliane Barboza Kurz** - Assistente Social. Graduada pela Universidade de Cruz Alta. Mestre em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação Envelhecimento Humano da UPF. Bolsista CAPES/UFUPF. E-mail: 61361@upf.br

**Rodolfo Herberto Schneider** - Médico. Doutor em Medicina e Ciências da Saúde pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Mestre em Medicina e Ciências da Saúde pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. E-mail: rodolfo.schneider65@hotmail.com

**Roselei Graebin** - Médica cardiologista. Professora auxiliar do curso de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano da UPF. E-mail: rgraebin@gmail.com

**Silvana Alba Scortegagna** - Psicóloga. Pós-doutora pela Universidade São Francisco, SP/Universidade de Denver, USA. Doutora em Psicologia pela Universidade São Francisco, Itatiba, SP/Universidade de Salamanca, Espanha. Mestre em Educação pela Universidade de Passo Fundo. Pesquisadora e Docente do Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano da UPF. Coordenadora do grupo de pesquisa LAPSi – Laboratório de Pesquisas e Práticas Interdisciplinares em Avaliação e Intervenção Psicológica. E-mail: silvanalba@upf.br

**Siomara Regina Hahn** - Farmacêutica. Doutora em Ciências Farmacêuticas pela Faculdade de Farmácia, Universidade do Porto, Portugal. Mestre em Ciências Médicas na Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Pesquisadora e Docente do Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano da UPF. E-mail: siomara@upf.br

**Vanessa Maria Bertoni** - Nutricionista clínica. Preceptora da residência em Saúde do Idoso no Hospital São Vicente de Paulo de Passo Fundo. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano da UPF. Mestre em Envelhecimento Humano. Bolsista CAPES II. E-mail: vanessabertoni@hotmail.com

**Vanessa Fontana Rovani** - Graduanda em Psicologia pela UPF. Integrante do grupo de pesquisa LAPSi. E-mail: 167539@upf.br

**Willian Roger Dullius** - Enfermeiro. Graduado pela UPF. Mestre em Psicologia pela IMED. Doutorando no Programa de Pós Graduação em Envelhecimento Humano pela UPF. Integrante do grupo de pesquisa LAPSi. E-mail: 117415@upf.br

# Envelhecimento Humano

tecnologias e biopsicologia do  
processo envelhecer

