



Envelhecimento Humano

**Saúde, Inovação e Desenvolvimento
Sustentável**

**Silvana Alba Scortegagna
Helenice de Moura Scortegagna
Cristina Fioreze
(org.)**



EDITORA



PPGEH

Programa de Pós-Graduação
em Envelhecimento Humano

Faculdade de Educação Física e Fisioterapia - FEF

SÉRIE

Envelhecimento
Humano

9



UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO

Bernadete Maria Dalmolin

Reitora

Edison Alencar Casagrande

Vice-Reitor de Graduação

Rogério da Silva

Vice-Reitor de Extensão e Assuntos Comunitários e

Vice-Reitor de Pesquisa e Pós-Graduação

Antônio Thomé

Vice-Reitor Administrativo

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 Sobottka (UPF)

Andrea Oltramari (Ufrgs)

Antônio Thomé (UPF)

Carlos Ricardo Rossetto (Univali)

Fernando Rosado Spilki (Feevale)

Gionara Tauchen (Furg)

Héctor Ruiz (Uadec)

Helen Treichel (UFRS)

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

**Saúde, Inovação e Desenvolvimento
Sustentável**

Organizadoras

Silvana Alba Scortegagna

Helenice de Moura Scortegagna

Cristina Fioreze

n. 9

2022


UPF | EDITORA

SÉRIE
Envelhecimento Humano 9

Copyright© das organizadoras

Revisado pelos autores

Revisão de textos

Rubia Bedin Rizzi

Projeto gráfico e diagramação e produção da capa

Martina Estacia da Cas

Arte da imagem na abertura dos capítulos

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 [recursos eletrônico] : saúde, inovação e desenvolvimento sustentável / Silvana Alba Scortegagna, Helenice de Moura Scortegagna, Cristina Fioreze (org.). – Passo Fundo: EDIUPF, 2022.
3.100 KB ; PDF. – (Envelhecimento Humano ; 9).

Inclui bibliografia.

Modo de acesso gratuito: www.upf.br/editora.

ISBN 978-65-5607-028-5 (E-book)

1. Envelhecimento. 2. Idosos - Aspectos psicológicos.
3. Idosos - Aspectos sociais. 4. Idosos - Aspectos da saúde.
5. Qualidade de vida. I. Scortegagna, Silvana Alba, org.
II. Scortegagna, Helenice de Moura, org. III. Fioreze, Cristina, org.

CDU: 613.98

Bibliotecário responsável Jucelei Rodrigues Domingues - CRB 10/1569



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

Palavras das organizadoras.....	9
Prefácio	12
<i>Carla da Silva Santana Castro</i>	
1 Uso de aplicativos móveis na saúde	22
<i>Alexandre de Araújo de Domenico</i>	
<i>Helenice de Moura Scortegagna</i>	
<i>Adriano Pasqualotti</i>	
2 Implicações do uso de <i>m-Health</i> no comportamento sedentário durante a atividade laboral: uma revisão da literatura.....	36
<i>Aline de Oliveira Martins</i>	
<i>Karla Goessler</i>	
<i>Ana Carolina Bertolotti De Marchi</i>	
3 Efeitos do uso de <i>m-Health</i> na motivação e práticas alimentares de hipertensos no processo de envelhecimento humano	48
<i>Milena Uriarte Fauro</i>	
<i>Ana Luisa Sant' Anna Alves</i>	
<i>Ana Carolina Bertolotti De Marchi</i>	

- 4 Intervenção on-line em saúde mental diante da covid-19: caso clínico61
Álison Secchi
Luciane Prado Kantorski
Silvana Alba Scortegagna
- 5 Acolhimento psicológico de pessoas idosas e oferta de serviços de saúde mental online no âmbito da pandemia de Covid-1977
Rafaela Andreia Pedot
Eduardo dos Santos de Lima
Silvana Alba Scortegagna
- 6 Equoterapia e sua importância no viver-envelhecer dos indivíduos com transtorno do espectro autista.....94
Paulo Cezar Mello
Helenice de Moura Scortegagna
Cristina Fioreze
- 7 Paciente idoso oncológico: reações de medo diante da contaminação da Covid-19 114
Paola Pereira dos Santos Soranzo
Suraia Estacia Ambros
- 8 Medicamentos potencialmente inapropriados para idosos..... 128
Karini da Rosa
Tatiana Staudt
Charise Dallazem Bertol
- 9 Assistência dos profissionais de saúde no envelhecimento dos indivíduos LGBT+ 140
Willian Roger Dullius
Dany Thomaz Gonçalves
Silvana Alba Scortegagna

10 O comportamento em saúde dos idosos sob a ótica do
determinante letramento funcional em saúde..... 157

Samuel Salvi Romero

Emilli dos Santos

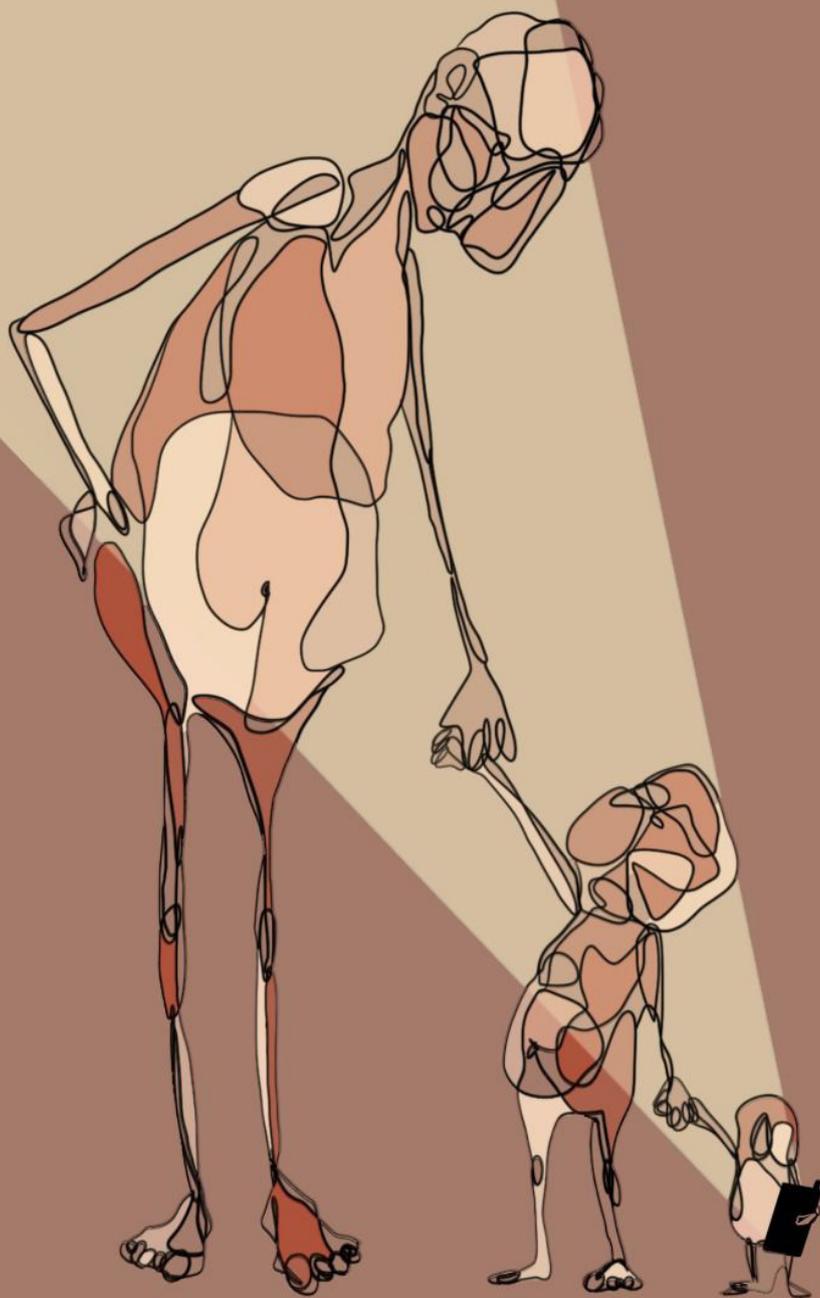
Julio Szymanski

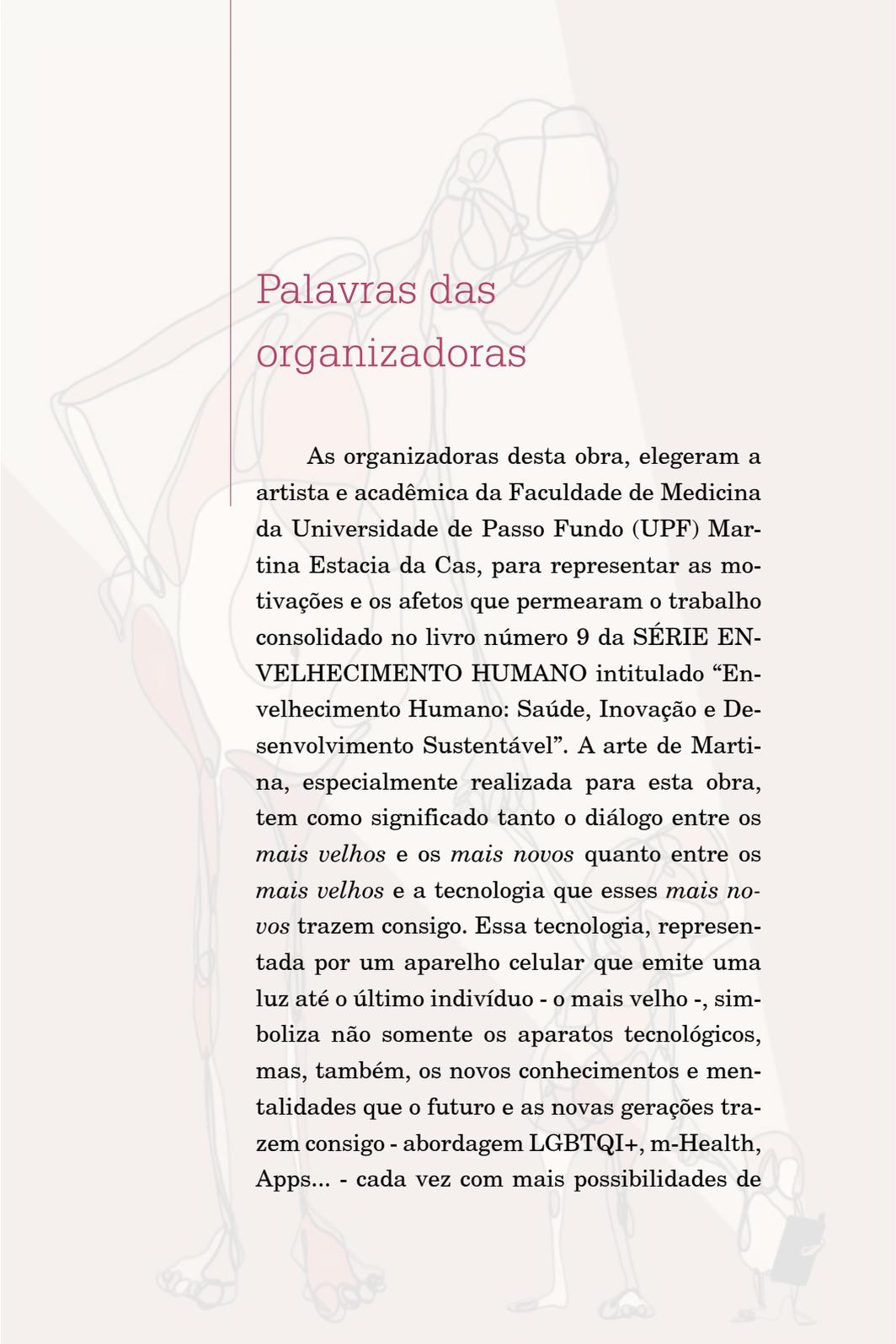
Thiago Corazza Capitano

Helenice de Moura Scortegagna

Sobre os (as) autores (as) 174

ENVELHECIMENTO H U M A N O





Palavras das organizadoras

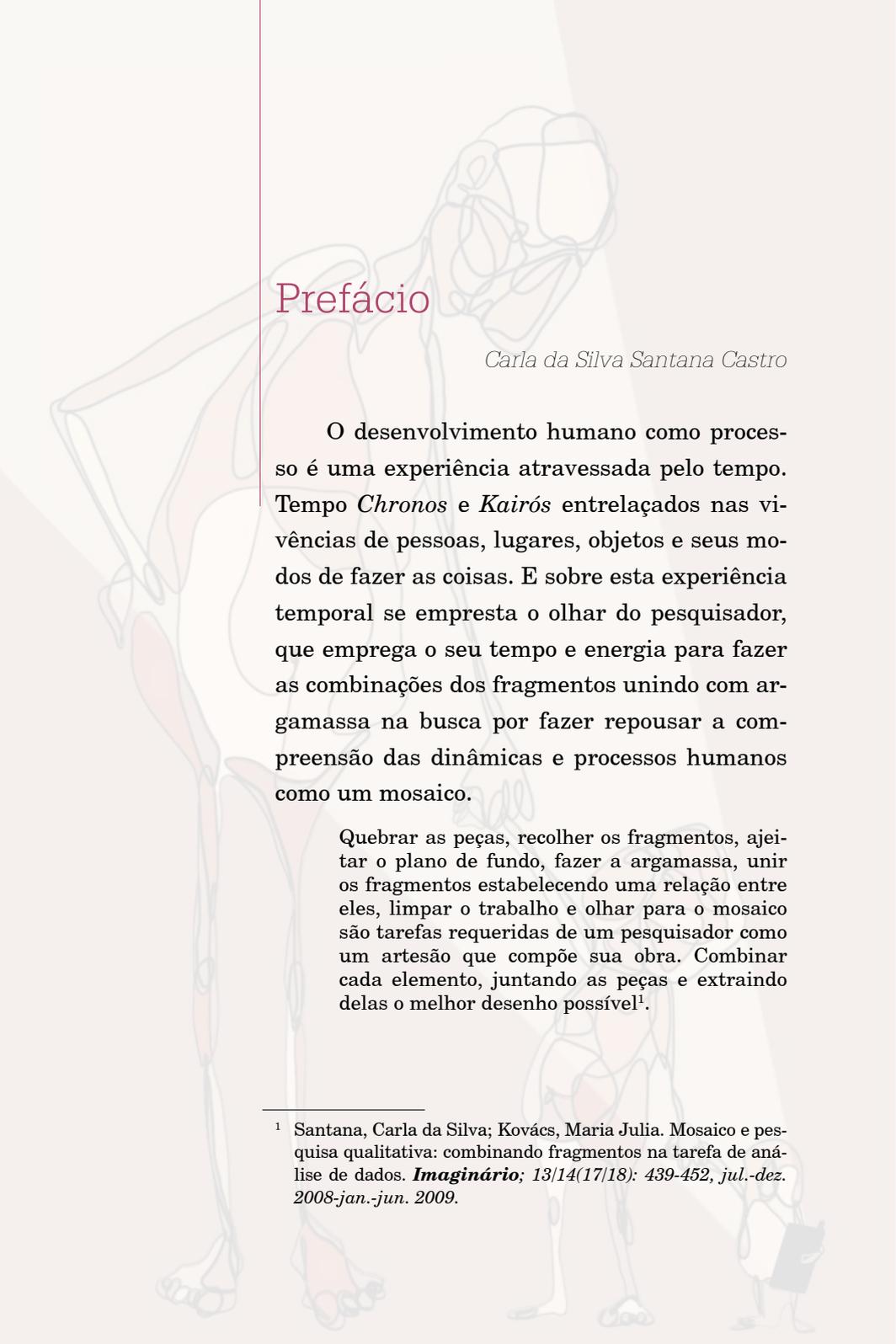
As organizadoras desta obra, elegeram a artista e acadêmica da Faculdade de Medicina da Universidade de Passo Fundo (UPF) Martina Estacia da Cas, para representar as motivações e os afetos que permearam o trabalho consolidado no livro número 9 da SÉRIE ENVELHECIMENTO HUMANO intitulado “Envelhecimento Humano: Saúde, Inovação e Desenvolvimento Sustentável”. A arte de Martina, especialmente realizada para esta obra, tem como significado tanto o diálogo entre os *mais velhos* e os *mais novos* quanto entre os *mais velhos* e a tecnologia que esses *mais novos* trazem consigo. Essa tecnologia, representada por um aparelho celular que emite uma luz até o último indivíduo - o mais velho -, simboliza não somente os aparatos tecnológicos, mas, também, os novos conhecimentos e mentalidades que o futuro e as novas gerações trazem consigo - abordagem LGBTQI+, m-Health, Apps... - cada vez com mais possibilidades de

uma melhor qualidade de vida e um processo de envelhecimento digno, a ser compartilhado por todos. Os três indivíduos representam os seres humanos nas diferentes fases da vida - crianças, adultos e idosos - em sua evolução natural, que ocorre para todos, independente da sexualidade, gênero, aparência ou cor, por isso representados pelas cores diversas e pelos rabiscos sem definições limitantes.

Seguindo investidas de afeto e amparadas umas nas outras, as organizadoras desta obra convidaram a Professora Dra. Carla da Silva Santana Castro, pela sua dedicada e exímia formação e atuação profissional, para prefaciар este feito. A professora Carla da Silva Santana Castro é graduada em Terapia Ocupacional pela Faculdade de Reabilitação da Associação de Solidariedade à Criança Excepcional (ASCE), Rio de Janeiro, mestre em Educação pela Universidade Metodista de Piracicaba e doutora em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano pela Universidade de São Paulo, Pós-doutorado pelo Oxford Institute of Population Ageing, University of Oxford. Atualmente é professora associada da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; fundadora da Sociedade Brasileira de Gerontecnologia (SBGTEC) e do Conselho Municipal do Idoso de Ribeirão Preto (CMI). É professora orientadora do Programa de Pós-Graduação Interunidades em Bioengenharia da Escola de Engenharia de São Carlos (EESC-USP), Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP-USP) e Instituto de Química de São Carlos (IQSC-USP). Tem experiência na área de Terapia Ocupacional, com ênfase em Cuidados ao Idoso com Distúrbios Cognitivos e Sensoriais, atuando principalmente nos temas Gerontecnologia, Tecnologia Assistiva para o Idoso e pessoas com deficiência.

Aproveitamos finalmente para agradecer a colaboração de Martina Estacia da Cas e da professora Carla da Silva Santana Castro para o enriquecimento desta obra. Agradecemos também a todos os autores e coautores que compartilharam aqui suas pesquisas, juntamente com seus orientadores e coorientadores. Desejamos que o encontro dos leitores com essa obra resulte em transformações para um viver melhor.

Silvana Alba Scortegagna
Helenice de Moura Scortegagna
Cristina Fioreze



Prefácio

Carla da Silva Santana Castro

O desenvolvimento humano como processo é uma experiência atravessada pelo tempo. Tempo *Chronos* e *Kairós* entrelaçados nas vivências de pessoas, lugares, objetos e seus modos de fazer as coisas. E sobre esta experiência temporal se empresta o olhar do pesquisador, que emprega o seu tempo e energia para fazer as combinações dos fragmentos unindo com argamassa na busca por fazer repousar a compreensão das dinâmicas e processos humanos como um mosaico.

Quebrar as peças, recolher os fragmentos, ajeitar o plano de fundo, fazer a argamassa, unir os fragmentos estabelecendo uma relação entre eles, limpar o trabalho e olhar para o mosaico são tarefas requeridas de um pesquisador como um artesão que compõe sua obra. Combinar cada elemento, juntando as peças e extraindo delas o melhor desenho possível¹.

¹ Santana, Carla da Silva; Kovács, Maria Julia. Mosaico e pesquisa qualitativa: combinando fragmentos na tarefa de análise de dados. *Imaginário*; 13/14(17/18): 439-452, jul.-dez. 2008-jan.-jun. 2009.

De acordo com Levi-Strauss,

Os fragmentos são obtidos num processo de quebra e destruição, em si mesmo contingente, mas sob a condição de que seus produtos ofereçam entre si certas homologias: de tamanho, de vivacidade de cor, de transparência. Eles não têm mais um ser próprio em relação aos objetos manufaturados que falavam uma “linguagem” da qual se tornaram os restos indefiníveis; mais sob um outro aspecto, devem tê-lo suficientemente para participar de maneira útil da formação de um ser de tipo novo: este consiste em arranjos nos quais, por um jogo de espelhos, os reflexos equivalem a objetos, vale dizer, nos quais signos assumem o lugar de coisas significadas. (LÉVI-STRAUSS, 1989, p. 52).

É assim a feitura de um livro assim como a da pesquisa científica.

Desta forma, aproveito a alusão ao mosaico, para dar luz aos múltiplos elementos que se apresentam nos estudos que compõem o livro número 9 da SÉRIE ENVELHECIMENTO HUMANO intitulado “Envelhecimento Humano: Saúde, Inovação e Desenvolvimento Sustentável” que busca ampliar o conhecimento sobre a temática do envelhecimento humano a partir de estudos interdisciplinares, organizado pelas professoras Silvana Alba Scortegagna, Helenice de Moura Scortegagna e Cristina Fioreze, docentes do Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano (PPGEH), que se colocam na tarefa de articular as colaborações e juntar elementos diversos em tamanho, cores, forma e brilho.

Esta edição conta com 10 capítulos, que no âmbito da composição deste mosaico, poderiam ser vistos a partir dos eixos Inovação tecnológica e aplicação das tecnologias em práticas interdisciplinares; Impactos da crise pandêmica da COVID-19 sobre a saúde dos sujeitos em diversos contextos de cuidados; Os recursos de intervenção em saúde de idosos e pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA); os quais são apresentados a seguir:

1

“Uso de aplicativos móveis na saúde”, capítulo escrito por Alexandre de Araújo de Domenico, Helenice de Moura Scortegagna e Adriano Pasqualotti, discute teoricamente a política nacional de saúde digital, com enfoque nos aplicativos móveis e possíveis impactos sobre a saúde do idoso. Os autores contextualizam o uso crescente de recursos de tecnologia móvel na área da saúde, diante de seu grande potencial de alcance. A existência de políticas públicas sobre o tema, que sejam capazes de nortear as ações em prol da saúde dos usuários, é um avanço para a sociedade. Diante disso, o texto mostra que a utilização de aplicativos móveis por parte dos idosos, mais especificamente, tem função de entretenimento, mas também de tratamento por meio de treinamento cognitivo e de cuidados à saúde em geral. O artigo conclui que o uso de smartphones pode ser um aliado na prevenção de doenças e na promoção da saúde da população idosa.

2

“Implicações do uso de *m-Health* no comportamento sedentário durante a atividade laboral: uma revisão da literatura”, capítulo escrito por Aline de Oliveira Martins, Karla Goessler e Ana Carolina Bertolotti De Marchi, buscou identificar as implicações do uso de *m-Health* no comportamento sedentário (CS) em funcionários durante a atividade laboral. Trata-se de uma revisão da literatura, conduzida no Portal Regional da BVS que localizou 75 artigos, dos quais nove foram selecionados para análise. A utilização de *m-Health* durante a atividade laboral mostrou-se como estratégia viável para a diminuição do CS. Quebras no CS a cada 45 a 60 minutos com atividade física leve podem apresentar uma

frequência ideal para reduzir o CS ocupacional total. As autoras destacam que estudos longitudinais são necessários para verificar o efeito a longo prazo na saúde do trabalhador.

3

“Efeitos do uso de m-Health na motivação e práticas alimentares de hipertensos no processo de envelhecimento humano” é o capítulo escrito por Milena Uriarte Fauro, Ana Luisa Sant’ Anna Alves e Ana Carolina Bertoletti De Marchi, que buscou abordar os efeitos de m-Health na motivação e práticas alimentares de hipertensos no processo de envelhecimento humano. Trata-se de uma revisão da literatura conduzida nas bases Pubmed e Science Direct na qual destaca a importância da abordagem multiprofissional para o controle da pressão arterial. Identificar os estados de motivação alimentar é indispensável para o desenvolvimento de estratégias adequadas aos idosos. O uso de aplicativos móveis para autogerenciamento pode auxiliar os pacientes hipertensos a ter maior controle da PA. Compreender os motivos subjacentes às escolhas alimentares é primordial para o desenvolvimento de intervenções. O uso de soluções m-Health tem se mostrado positivo para o controle de HA, com melhor adesão a um estilo de vida saudável.

4

“Intervenção on-line em saúde mental diante da covid-19: caso clínico” é o capítulo escrito por Álisson Secchi, Luciane Prado Kantorski e Silvana Alba Scortegagna, que apresenta um caso clínico de uma mulher com 45 anos, enfermeira na linha de frente da COVID-19, oriundo de estudo com o objetivo de proporcionar amparo às angústias

que emergem em vivências traumáticas e avaliar a eficácia de intervenção psicológica on-line para profissional da saúde na COVID-19. Os instrumentos utilizados foram: Generalized Anxiety Disorder (GAD-7); Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21); Escala de Medo do Covid-19 (EMC-19). Os atendimentos foram realizados semanalmente, por videoconferência, entre dezembro/2020 e março/2021, totalizando 14 sessões, com suporte na teoria Winnicotiana. Após a realização da intervenção, houve redução nos níveis de ansiedade (GAD-7; pré=16 e pós=11), estresse e depressão (DASS-21; pré=53 e pós=41) e medo (EMC-19; pré=26 e pós=21) e integração dos aspectos psíquicos-somáticos. Os achados acenam para a redução do sofrimento psicológico e efetividade das intervenções on-line.

5

“Acolhimento psicológico de pessoas idosas e oferta de serviços de saúde mental online no âmbito da pandemia de Covid-19” é o capítulo escrito por Rafaela Andreia Pedot, Eduardo dos Santos de Lima e Silvana Alba Scortegagna. O texto descreve e analisa uma experiência, no contexto da Covid-19, de acolhimento online a idosos em espera de atendimento em saúde mental. Metodologicamente, trata-se de estudo descritivo e analítico, realizado por meio de entrevista via contato telefônico e por videoconferência. A pesquisa mapeia as motivações para a busca de serviços em saúde mental, bem como para a desistência do atendimento, o que está associado ao tempo prolongado de espera, dado que a pandemia, ao mesmo tempo em que aumentou a demanda por saúde mental, restringiu a oferta de uma série de serviços. O acolhimento online se coloca como uma alternativa nesse

contexto e, conforme analisado, se apresenta como possibilidade de proteção às pessoas idosas, com significativo potencial de expansão.

6

“Equoterapia e sua importância no viver-envelhecer dos indivíduos com transtorno do espectro autista”, escrito por Paulo Cezar Mello, Helenice de Moura Scortegagna e Cristina Fioreze, aborda a importância da equoterapia no viver-envelhecer dos indivíduos com transtorno do espectro autista. Para tanto, o arcabouço teórico está fundamentado no entendimento do conceito de equoterapia e da sua relação com o cuidado, assim como sobre a definição do transtorno do espectro autista e do processo de viver-envelhecer. O encadeamento dessa reflexão é pautado no processo de viver-envelhecer, que compreende mudanças físicas, culturais, fisiológicas e sociais. A importância do indivíduo com autismo manter hábitos e um estilo de vida que promovam um envelhecimento saudável, relacionado, direta e exclusivamente, não apenas à ausência de doenças, mas também à manutenção das condições de autonomia e de funcionalidade, é destacada pelos autores. Nessa perspectiva, estimular a convivência com indivíduos por meio de atividades coletivas como a equoterapia, dentro de uma rotina, traz benefícios para um envelhecimento saudável da mente e do corpo.

7

O capítulo “Paciente idoso oncológico: reações de medo diante da contaminação da Covid-19”, de Paola Pereira dos Santos Soranzo e Suraia Estacia Ambros, busca analisar o medo da contaminação da COVID-19 junto a pacientes ido-

sos em tratamento oncológico e identificar a influência da vacinação na percepção do medo. A pesquisa de campo foi desenvolvida diante de um contexto de aumento da ansiedade em virtude uma miríade de fatores, tais como notícias sobre adoecimento de idosos, falsas informações sobre o vírus e desinformações sobre imunização. Como resultado, observou-se o baixo nível de medo frente à pandemia, justificado pela segurança da imunização. Dentre outras contribuições, o capítulo traz importantes subsídios para o campo da psicologia da saúde.

8

“Medicamentos potencialmente inapropriados para idosos” é o capítulo escrito por Karini da Rosa, Tatiana Staudt e Charise Dallazem Bertol, que apresenta uma revisão da literatura nas bases de dados Cochrane, Pubmed e Embase, com objetivo de revisar quanto às principais classes de MPIs utilizados em idosos hospitalizados, bem como porcentagem de idosos expostos a pelo menos um MPI. Foram avaliados dez estudos com média de 63,3% de idosos expostos a pelo menos um MPI. As classes farmacológicas predominantes foram: ansiolíticos, inibidores da bomba de prótons, antipsicóticos e anti-hipertensivos, que são medicamentos comumente utilizados para tratar doenças crônicas, prevalentes nesta população. MPIs em idosos podem ocasionar diversos sintomas como hipotensão, tonturas, alterações no padrão de sono, aumento do risco de quedas, entre outros. Os Critérios de Beers é uma ferramenta norteadora para avaliar prescrições, auxiliando na escolha dos medicamentos, minimizando RAMs e garantindo a segurança dos idosos.

9

O capítulo “Assistência dos profissionais de saúde no envelhecimento dos indivíduos LGBT+”, escrito por Wilian Roger Dullius, Dany Thomaz Gonçalves e Silvana Alba Scortegagna, é uma revisão teórica que problematiza a assistência e a capacitação dos profissionais de saúde ao indivíduo idoso LGBT+. Os autores demonstram que, em uma sociedade na qual a sexualidade dos idosos tende a ser um tabu, a reprodução de preconceitos e discriminações se torna lugar comum dentre os profissionais de saúde, os quais, diante da falta de capacitação para tratar o tema, acabam por pautar-se em crenças do senso comum, o que resulta em atendimento inadequado. Os idosos, por sua vez, acabam escondendo sua sexualidade, com a expectativa de serem assistidos sem que sejam submetidos a estigmas e violências. Diante disto, o texto reforça a importância de se investir em ferramentas que orientem e capacitem os profissionais no assunto.

10

“O comportamento em saúde dos idosos sob a ótica do determinante letramento funcional em saúde” foi escrito por Samuel Salvi Romero, Emilli dos Santos, Julio Szymanski, Thiago Corazza Capitano e Helenice de Moura Scortegagna. Considerando que o letramento em saúde é identificado como determinante que possibilita manter o status de saúde ou a melhora deste, bem como problematizar condutas assumidas, e tem mostrado uma relação inversa à idade, este capítulo, com objetivo de subsidiar ações na atenção à população idosa, apresenta análise de dados qualitativos de pesquisa com método misto. A partir de entrevista com 10 idosos

de uma amostra total de 175, residentes no sul do país, com nível de letramento em saúde inadequado para a maioria, o núcleo temático os “Costumes”, que envolvem formas de autocuidado, foi identificado como aspecto influente no comportamento de saúde dos idosos e tomada de decisão. O reconhecimento do letramento em saúde pode nortear cardápios e fluxogramas dos serviços, prevendo a sua adequação às necessidades das populações assistidas.

Esta composição entrega elementos para uma obra de base gerontecnológica. Gerontecnologia significa desenhar tecnologia e ambiente para a vida independente e participação social de pessoas mais velhas com boa saúde, conforto e segurança (ISG, 2020). A crise da pandemia da COVID-19 nos conclamou a pensar as práticas interdisciplinares de pesquisa, de formação e de desenvolvimento de soluções tecnológicas para o Brasil em pleno processo de mudança do perfil de sua população. É estimado que a população brasileira tenha alcançado mais de 30 milhões de pessoas acima de 60 anos em 2021, representando 14,05% de sua população². Isso significa que o envelhecimento da população já reflete o impacto dos idosos em todos os setores da sociedade e requer a transformação destes para atender as demandas de trabalho, saúde, educação, transporte, moradia, proteção social, dentre outras. Contudo, no âmbito de se pensar os impactos da transformação digital sobre os idosos, desafios como o letramento digital, falta de habilidades e conectividade significativa e segura, suporte social, dentre outros precisam ser levadas em conta. A formação de profissionais

² Fundação Getúlio Vargas. Proporção de idosos por países - %. Disponível em https://www.cps.fgv.br/cps/bd/docs/ranking/COVID_Mundo.htm Acesso em 22 de novembro de 2021.

que trabalham e desenvolvem produtos e serviços para idosos, a falta da cultura para o envelhecimento na sociedade brasileira, a invisibilidade das demandas dos idosos e o etarismo são importantes aspectos a serem transformados. Por outro lado, avançamos na oferta de cuidados à distância e nas iniciativas usando tecnologia em serviços especializados em atender os idosos, especialmente neste período de distanciamento social causado pela pandemia pela Covid-19.

O mosaico traduz a disposição de peças em suas cores e formas resultando em uma nova composição. Este livro reflete o encontro. Na diversidade de estudos de base gerontológica, convida o leitor a olhar para o envelhecimento humano na sociedade contemporânea, marcada pela inovação das tecnologias digitais e os desafios e oportunidades que se desenham. Quiçá seja boa a leitura e que novas imagens e composições resultem deste encontro.

1

Uso de aplicativos móveis na saúde

*Alexandre de Araújo de Domenico
Helenice de Moura Scortegagna
Adriano Pasqualotti*

Introdução

O crescente uso das tecnologias de informação e comunicação (TICs), ao decorrer das últimas duas décadas, principalmente de *smartphones*, deixou em segundo plano algumas tecnologias mais defasadas como os computadores. As TICs culminaram, na atualidade, com o rápido desenvolvimento de tecnologias móveis, como os *smartphones*, que englobam diversas funcionalidades e permitem fácil acesso à informação. Esses aparelhos facilitam a comunicação entre pessoas, ampliam possibilidades de acesso à internet e permitem a execução de diversas ferramentas e aplicativos (OLIVEIRA; ALENCAR, 2017).

Dados obtidos pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2019 demonstram que 82,7% da população brasileira possuía acesso à internet, de modo que 99,5% faziam acesso por meio de telefones celulares, indicando o grande potencial de alcance que pode ser obtido por

essa tecnologia. Outro dado que vale destaque nesse documento, é a posse de celulares pelos idosos, de forma que 67% possuíam um aparelho *smartphone*, com 45% da população de 60 anos ou mais, fazendo acesso à internet através de telefones móveis.

Uma das principais funções dos *smartphones* é a execução de *softwares* ou aplicativos (*APPs*) que, por sua vez, podem possuir inúmeras finalidades, como entretenimento, lazer, trabalho, comunicação, informação, educação e cuidados com a saúde, assim, oferecem ao usuário vantagens e facilidades no controle de diferentes aspectos da sua vida diária. Os aplicativos destinados a aparelhos celulares, na sociedade contemporânea, vêm ganhando muito destaque, e para a área da saúde, quando pensamos em cuidados continuados de saúde, monitoramento de patologias, autogerenciamento e automonitoramento, atuam como ferramentas de grande importância para o profissional de saúde, usuário, sociedade e sistema de saúde. (ROCHA *et al.*, 2017).

A Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS), instituída pela Portaria nº 589, de 20 de maio de 2015 (BRASIL, 2015), busca nortear ações para favorecer a informatização do sistema de saúde brasileiro em todos os âmbitos, desde o atendimento direto ao usuário, o processamento de dados, análise situacional, tomada de decisão e proposição de intervenções, alinhando, assim, o país com as principais diretrizes internacionais nessa área. Nesse texto, já se previa que os *APPs* deveriam fazer parte desta implementação tecnológica nos serviços de saúde, inclusive prevendo um repertório nacional de *Softwares*, de acesso livre a todos e que atenda com qualidade as demandas da sociedade (BRASIL, 2016). Nessa mesma linha, outras publi-

cações governamentais vieram para endossar a proposta de informatização dos serviços de saúde.

Quanto ao uso de tecnologias móveis e acesso à internet pelos idosos, o estatuto do idoso de 2003 (BRASIL, 2003), já previa a inclusão desse público, socialmente, respeitando os avanços tecnológicos, integrando-os nesse processo, de modo a garantir sua integralidade como cidadãos. Porém, há de se destacar, que se trata de algo novo para a atual geração de idosos, já que estes cresceram em uma sociedade que ainda se desenvolvia, tecnologicamente, e a adaptação a essa nova e complexa ferramenta se torna mais difícil. Ainda, deve considerar questões como a baixa escolaridade dos idosos, pois muitos não tiveram acesso ao estudo formal, o que pode dificultar a adaptação e o uso de celulares e, por consequência, os *APPs*, bem como as patologias que, frequentemente, se apresentam no idoso e podem atuar como fator limitante, mas não incapacitante, ao seu aprendizado e uso dessa tecnologia, sendo fundamental o incentivo da família, sociedade e profissionais da saúde (SANTANA; MELO, 2019; FELICIANO; FROGERI, 2018; LEITÃO *et al.*, 2019).

Neste sentido, objetiva-se elucidar a política nacional de saúde digital, no que concerne aos aplicativos móveis e os possíveis impactos sobre a saúde do idoso.

A Política Pública de Saúde Digital brasileira

As políticas nacionais que tratam de informação em saúde surgiram no século passado, quando a necessidade era apenas da obtenção e compilação de dados em saúde,

desse modo, surgindo os sistemas de coleta de dados que, posteriormente, foram informatizados (CAVALCANTE *et al.*, 2015). A necessidade e a importância de uma política nacional que trata de modo adequado as informações e as tecnologias na área da saúde, emergiu nos anos 2000, na XI Conferência Nacional de Saúde, assim, em 2002, foi criado o comitê tripartite de informação e informática em saúde (CTIIS), que teve como uma de suas primeiras atribuições a elaboração de uma Política Nacional de Informação Informática em Saúde (CAVALCANTE *et al.*, 2015).

Mediante esforços desse comitê, no ano de 2016, foi publicada a Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS), com o propósito de promover o uso inovador e transformador da tecnologia na área da saúde e de nortear ações e atividades para o fortalecimento dessas atividades. Como uma das diretrizes da PNIIS sobre as ações de serviços eletrônicos em saúde do Brasil, o e-Saúde, é reafirmado que a “Promoção da articulação intersetorial visa melhorar a capacidade de produção de *softwares* como bem público, no interesse da área da saúde” (BRASIL, 2016, p. 15). Ainda, estabelece como outra diretriz “Estabelecimento e manutenção atualizada de um repositório nacional de aplicativos móveis em saúde que inclua componentes e aplicações de acesso público e irrestrito, em conformidade com padrões e protocolos de funcionalidade, interoperabilidade e segurança” (BRASIL, 2016, p. 15). Nesse mesmo contexto, existe o conceito de que é missão estabelecida na PNIIS a divulgação de forma pública e irrestrita dos *softwares* que são disponibilizados pelo Ministério da Saúde em seu acervo virtual, de modo que esses aplicativos devem atender a demandas dos

usuários do sistema de saúde, dos profissionais e dos gestores de órgãos municipais (BRASIL, 2016).

O Brasil possui um ambiente propício à utilização de sistemas digitais em larga escala, exemplo do sistema bancário e eleitoral, que possuem alta complexidade, mas que funcionam efetivamente, muitas vezes considerados algo difícil de se executar mesmo em países muito desenvolvidos. O Sistema Único de Saúde (SUS) é extremamente complexo, e sua informatização e digitalização também será um grande desafio para a sociedade, neste sentido, a Estratégia de Saúde Digital, publicada em 2020, traz uma visão estratégica de 8 anos, que visa concretizar a PNIIS e fomentar a informatização do sistema de saúde (BRASIL, 2020; BRASIL, 2017). Alinhado a essa proposta também foi publicado o Plano de Ação, Monitoramento e Avaliação da Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2019-2023, que objetiva coordenar diversas estratégias, a fim de concentrar os esforços para obter melhores resultados através do monitoramento e avaliação contínua da execução da Política de Estratégia Saúde Digital (BRASIL, 2020).

A Política e-Saúde no Brasil possui por finalidade ampliar o acesso aos serviços de saúde para a população, em geral, melhorar o atendimento, mediante qualificação das equipes de saúde, melhorar as formas de coleta de dados para a implementação de diretrizes e intervenções mais precisas e alinhadas às necessidades de saúde das populações específicas, bem como estar alinhada aos fundamentos e diretrizes do SUS, de modo a propiciar melhor uso dos recursos em saúde e estimar de modo mais preciso o uso de recursos financeiros no sistema de saúde (BRASIL, 2017).

Desse modo, a fim de suprir as diretrizes estabelecidas nessas legislações, o Ministério da Saúde possui uma *Home Page*, na qual há um acervo virtual de *softwares* de saúde disponíveis para acesso livre e irrestrito. Essa página oferece aplicativos que atendem as demandas dos mais diversos públicos interessados. Destaca-se que estão disponíveis aplicativos para o gerenciamento do sistema de saúde, para informação e fluxos de atendimento de profissionais da saúde, bem como aplicativos para o autogerenciamento do usuário, sobre suas condições de saúde e doenças.

Assim, destaca-se a importância do uso da tecnologia móvel nos serviços de saúde, já que há reconhecimento por parte dos profissionais de saúde da importância e do possível impacto do uso dessas tecnologias, e o impacto que pode ser alcançado nos índices de saúde da população, ainda como pode propiciar a ampliação ao acesso aos serviços de saúde, bem como sobre a qualidade da assistência prestada. Nessa mesma linha, os profissionais de saúde também endossam a necessidade de estudos, de publicações e de uma política afirmativa que implante de forma concisa os *APPs* e a tecnologia móvel na prática assistencial. Ainda, vale ressaltar, que algumas classes reivindicam a necessidade de que órgãos de regulação indiquem ou confirmem a qualidade e a indicação de aplicativos móveis para uso profissional (MACHADO; TURRINI; SOUSA, 2020; MAYER; BLANCO; TORREJON, 2019). Ainda, emerge como uma necessidade importante, que foi observada em estudos sobre aplicações móveis na área da saúde, a necessidade de segurança digital, para proteger os dados e as informações pessoais do paciente (EHRLER; LOVIS; BLONDON, 2019).

Tecnologias móveis: Aplicativos móveis em saúde

Toda tecnologia pode ser entendida como um meio de facilitar ou auxiliar o ser humano na realização de tarefas, desde as mais simples até as mais complexas, desse modo, facilitando atividades e proporcionando melhor qualidade de vida. A tecnologia assistiva trata-se daquela capaz de ser englobada no cotidiano, advinda de um resultado interdisciplinar, que envolve produtos, conhecimento e metodologias, visando solucionar um problema do indivíduo, com o objetivo de promover a autonomia e a independência. Dessa forma, as tecnologias assistivas em saúde podem ser consideradas aquelas que facilitam e promovem uma melhor condição de controle de uma doença ou necessidade do paciente (ANDRADE *et al.*, 2017).

No tangente ao uso de tecnologias móveis, é imprescindível definir os sistemas operacionais em uso na atualidade, já que se trata do cerne da tecnologia móvel, principalmente, quando falamos de *Smartphones*. Atualmente, os principais sistemas operacionais em uso, tratam-se do sistema *Android*, sendo o mais utilizado em todo o mundo, *IOS* e *Windows Phone*, de modo que esses três sistemas operacionais correspondem a mais de 80% dos celulares em todo o mundo (ALVES, 2018). O sistema operacional *Android* refere-se a uma plataforma aberta, desenvolvida e disponibilizada pelo *Google*, que oferece vantagens no quesito de acessibilidade e facilidade do uso, enquanto o sistema operacional *IOS* é desenvolvido pela *Apple*, trata-se de uma plataforma fechada, que visa atender apenas os dispositivos da própria

empresa, e tem como suas principais vantagens a segurança e a rapidez (COUTINHO *et al.*, 2019; ALVES, 2018).

Na área da saúde, as tecnologias móveis avançam no sentido de proporcionar facilidades aos usuários, profissionais e acadêmicos, de modo a oferecer facilidades e melhores cuidados para as Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis (DANT) e controle de novas doenças, bem como otimizar o tempo e facilitar a comunicação entre profissional e paciente. Destaca-se o uso de dispositivos móveis do tipo *smartphone*, como uma possibilidade de aplicação tecnológica na área da saúde, devido a execução de aplicativos móveis nesses dispositivos que podem possuir diversas funções (ANDRADE *et al.*, 2017). Em reportagem da agência Brasil, publicada em 2019, estimava-se que, no Brasil, havia 204 milhões de celulares do tipo *smartphone*, e que em todo o globo o uso desse recurso variava de 80% a 45% da população, variando de acordo com o continente observado. Desse modo, a tecnologia móvel se torna um recurso favorável na área da saúde, já que o potencial de alcançar os usuários se torna grande. Assim, o desenvolvimento de aplicativos móveis que permitam o controle de doenças, o autogerenciamento e o aconselhamento profissional, deve ser cada vez mais empregados pelos serviços de saúde, principalmente, pelas instituições públicas (ANDRADE *et al.*, 2017).

O atendimento em saúde de forma remota surgiu ainda na idade média, com a invenção do telégrafo, mas foi afirmado como forma de atendimento em saúde no início do século XX, quando Wilhelm Einthove iniciou com experiências de atendimento remoto via telefone fixo, de modo que o primeiro sistema completo de servidores médicos foi inaugurado, em Boston, em 1967. A telemedicina foi impulsionada pela

1ª Guerra Mundial, na qual, médicos utilizavam meios de comunicação para passarem informações e orientações para soldados da linha de frente. Contudo, foi a partir dos anos 90 que houve grande impulso nas tecnologias de comunicação dentro da área da saúde e, principalmente, com o nascimento da Rede Internacional de Computadores, a *Internet*, e com a invenção dos celulares inteligentes. Atualmente, a tecnologia móvel avança a passos largos, ainda com amplo campo para crescimento (ANDRADE *et al.*, 2017).

A tecnologia como diversidade de ferramentas e de funções foi, praticamente, toda englobada num único dispositivo e, desse modo, pela facilidade de porte dos celulares e devido ao benefício que apresenta para o indivíduo, seu uso se difundiu de forma sistêmica e rápida, uma das principais funções desses aparelhos é a reprodução de *softwares*, ou aplicativos móveis, que possuem as mais diversificadas funções, desde o entretenimento, a funcionalidades e a informação (OLIVEIRA *et al.*, 2016; ROCHA *et al.*, 2017). Os aplicativos móveis, quando aliados a cuidados de saúde, podem atuar como potencializadores do cuidado, já que esses aplicativos podem funcionar fornecendo meios para o autogerenciamento do usuário sobre sua patologia, ou como forma de comunicação com profissionais de saúde que fornecem orientações e proporcionam melhores condições de saúde ao indivíduo (ROCHA *et al.*, 2017). Além disso, no contexto da promoção à saúde, há grandes possibilidades para mudar hábitos e o estilo de vida de quem faz uso, já que, por meio de alertas sonoros e mensagens, relembra o usuário sobre tarefas ou cuidados necessários. Todas essas facilidades aliadas a um *design* atrativo e de fácil uso, atuam como forma de fa-

cilitar ainda mais a adesão a esses meios de cuidado em saúde (OLIVEIRA *et al.*, 2016).

Possibilidades do uso de aplicativos móveis pelos idosos

O estatuto do idoso já previa a integração do indivíduo idoso aos processos de avanço tecnológico, como modo de integrá-los à vida cotidiana. Assim, com o aumento da expectativa de vida e com o conseqüente maior uso de tecnologias móveis pelos idosos, os aplicativos móveis também começam a se fazer cada vez mais presentes na vida diária. De modo que, para o público idoso, existem diversas funcionalidades e particularidades interessantes para se explorar (BRASIL, 2003; FELICIANO; FROGERI, 2018; PEREIRA *et al.*, 2019).

Um exemplo a ser citado de sucesso na adaptação de aplicativos móveis para o público idoso é o do sistema bancário, com a disseminação da tecnologia móvel e a frequente necessidade de uso de serviços bancários. Os aplicativos dos bancos se tornaram muito utilizados, principalmente, pelo público idoso com acesso à tecnologia móvel, pois facilitam e tornam mais seguro os serviços ofertados a esse público (FELICIANO; FROGERI, 2018). Por parte do idoso, de forma frequente, se faz presente algum grau de déficit auditivo e visual, decorrentes do próprio processo de envelhecimento ou da presença de doenças subjacentes, que podem ocasionar até mesmo déficits cognitivos, como os ocasionados pelo Alzheimer. Porém, estes não são obstáculos intransponíveis pelos idosos, já que a maior parte se mostra entusiasmada e engajada no uso de tecnologias móveis, principalmente, no uso de aplicativos, sejam eles de entretenimento, de cuida-

dos ou de redes sociais (SANTANA; MELO, 2019; FECHINE; TROMPIERI, 2012).

Ainda, no que concerne ao uso da tecnologia móvel pelos idosos, em especial os *APPs*, há de se destacar que a atual geração cresceu sem o contato direto e contínuo com a tecnologia. Muitos não tiveram possibilidade de acesso ao sistema educacional, diminuindo a capacidade de adaptação a esse processo tecnológico. Outro ponto de dificuldade advinda da falta de educação formal é a baixa renda dos idosos, que não permite seu acesso a *smartphone*, que possuem um preço, relativamente, alto (SANTANA; MELO, 2019; FECHINE; TROMPIERI, 2012).

Nesse sentido, a utilização de aplicativos móveis pelos idosos pode atuar não apenas como um modo de entretenimento, mas também de tratamento, por meio de treinamento cognitivo, melhorando a memória e de cuidados à sua saúde. Importante considerar que o aprendizado de algo novo atua no sentido de manter saudável e ativo os processos neurológicos (LEITÃO *et al.*, 2019). Ainda, vale o destaque para os aplicativos voltados, especificamente, para o cuidado de saúde do idoso, como aplicativos para o controle de medicamentos, para informações de saúde e cuidados, aplicativos de autogerenciamento, que podem até mesmo fornecer suporte aos profissionais no momento de realizar a consulta do idoso (SANTANA; MELO, 2019; FELICIANO; FROGERI, 2018).

Considerações finais

Ao considerar a tecnologia móvel como uma ferramenta passível de ser utilizada na assistência em saúde, abrimos

um leque de muitas possibilidades. A execução de *APPs* se-
jam eles de informações para a saúde, autogerenciamento,
automonitoramento ou de teleatendimento, são o principal
trunfo dessa tecnologia. A possibilidade de alimentar bancos
de dados de forma rápida e segura, a partir de dados obtidos
em *APPs*, pode desburocratizar o sistema de saúde e promo-
ver agilidade na tomada de decisão dos gestores públicos.

Em relação aos idosos, cada vez mais se faz frequente a
presença de doenças e agravos não transmissíveis nesse pú-
blico, e o uso de *smartphones* pode ser um aliado dos profis-
sionais da saúde no controle desse problema. Bem como a
prevenção de doenças e a promoção da saúde também é obje-
to de estudo e que pode gerar benefícios aos usuários e maior
alcance das atividades executadas.

Agradecimento

O presente estudo foi realizado com apoio da Coordena-
ção de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Bra-
sil (CAPES) – Código de financiamento 001.

Referências

ALVES, Marcos. Analysis of factors related to the satisfaction of using
the Android, iOS and Windows Phone operating systems. *Sistemas &
Gestão*, Niterói, v. 13, n. 1, p. 97-106, 10 mar. 2018.

ANDRADE, Adriano *et al.* (Rio Grande do Norte). UERN (org.). Novas
tecnologias aplicadas à saúde: integração de áreas transformando a
saúde. Rio Grande do Norte: *Editora Universitária da Universidade
do Estado do Rio Grande do Norte*, 2017. p. 284.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégia de Saúde Digital para o
Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. 131 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Informação e In-
formática em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 56 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS. Política Nacional de Informação e Informática em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 56 p.

BRASIL. Lei nº 10.741, de 01 de agosto de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Lei no 10.741, de 1º de outubro 2003. Brasília, 01 ago. 2003.

CAVALCANTE, Ricardo Bezerra, *et al.* Panorama de definição e implementação da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde. 35 *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 5, p. 960-970, maio 2015.

COUTINHO, Hélio Pereira *et al.* Os aplicativos para dispositivos móveis: breves considerações conceituais do processo de desenvolvimento. In: jornada de iniciação científica e extensão do Instituto Federal do Tocantins, 10., 2019, Palmas. *Anais*. p. 1-10.

EHRLER, Frederic; LOVIS, Christian; BLONDON, Katherine. A Mobile Phone App for Bedside Nursing Care: design and development using an adapted software development life cycle model. *Journal Of Medical Internet Research Mhealth And Uhealth*, Michigan, v. 7, n. 4, p. 1-16, 11 abr. 2019.

FECHINE, Basílio Rommel Almeida; TROMPIERI, Nicolino. O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. *Inter Science Place*, Campos dos Goytacazes, v. 1, n. 20, p. 106-132, 13 fev. 2012.

FELICIANO, Afonso de Paula; FROGERI, Rodrigo Franklin. A Dinâmica de Uso dos Aplicativos Móveis Bancários: uma análise sob a perspectiva da população idosa. *Revista de Sistemas e Computação*, Salvador, v. 2, n. 8, p. 298-317, dez. 2018.

LEITÃO, Débora Krischke *et al.* Pegando o jeito de domar o bicho: o processo de aprendizagem das tecnologias digitais por idosos. *Revista de Antropologia*, São Paulo, v. 62, n. 3, p. 652-678, jan. 2019.

MACHADO, Rafaela Cristina Gomes; TURRINI, Ruth Natalia Teresa; SOUSA, Cristina Silva. Mobile applications in surgical patient health education: an integrative review. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, São Paulo, v. 54, p. 1-6, 2020.

MAYER, Miguel Angel; BLANCO, Octavi Rodríguez; TORREJON, Antonio. Use of Health Apps by Nurses for Professional Purposes: web-based survey study. *Journal Of Medical Internet Research Mhealth And Uhealth*, Michigan, v. 7, n. 11, p. 1-12, 1 nov. 2019.

OLIVEIRA, Ana Rachel Fonseca de; ALENCAR, Maria Simone de Menezes. O uso de aplicativos de saúde para dispositivos móveis como fontes de informação e educação em saúde. *Rdbci: Revista Digital de Biblioteconomia e Ciência da Informação*, On-line, v. 15, n. 1, p. 234, 31 jan. 2017. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/rdbci/index>. Acesso em: 20 maio de 2021.

PNAD. Acesso à internet e à televisão e posse de telefone móvel celular para uso pessoal 2018. Rio de Janeiro: *IBGE*, 2020. 12 p.

ROCHA, Fernanda Suzart da *et al.* Uso de apps para a promoção dos cuidados à saúde. In: III seminário de tecnologias aplicadas em educação e saúde. 3., 2017, Salvador. *Anais do III Seminário de Tecnologias Aplicadas em Educação e Saúde*. Salvador: UNEB, 2017. p. 1-10.

SANTANA, Moisés Antônio Pinheiro; MELO, Alexandre. APLICATIVOS MÓVEIS: auxiliando a terapia ocupacional em idosos com Alzheimer. *Revista de Tecnologia da Informação e Comunicação da Faculdade Estácio do Pará*, Belém, v. 2, n. 4, p. 1-9, dez. 2019.

2

Implicações do uso de *m-Health* no comportamento sedentário durante a atividade laboral: uma revisão da literatura

Aline de Oliveira Martins

Karla Goessler

Ana Carolina Bertoletti De Marchi

Introdução

As atuais recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) indicam que é preciso atingir ao menos 150-300 minutos de prática de atividade física (AF) de intensidade moderada ou 75-150 minutos de intensidade vigorosa, por semana, para benefícios substanciais à saúde (WHO, 2020). Além disso, em 2020, a OMS alertou sobre a necessidade de reduzir o comportamento sedentário (CS) em todas as idades. Entre as atividades em CS, salienta que é preciso minimizar o tempo total gasto sentado nas atividades dos domínios de lazer, ocupacional e doméstico.

Altos níveis (6-8h / dia) de CS estão associados a fatores de risco para doenças crônicas e mortalidade por todas as causas em adultos (EKELUND et al., 2016). A maior par-

te do tempo sedentário diário é acumulada durante as horas de trabalho, principalmente em setores administrativos (RYAN et al., 2011). Períodos prolongados de CS no ambiente de trabalho estão associados a maiores desconfortos musculoesqueléticos (COENEN et al., 2018), fatores de risco cardiometabólicos (BELLETTIERE et al., 2015) e baixa produtividade (BRAKENRIDGE et al., 2016), enfatizando os efeitos deletérios na saúde geral do indivíduo e, consequentemente em seu desempenho no trabalho.

É evidente a necessidade da implementação de quebras frequentes de períodos prolongados em CS com atividades de intensidade leve a moderada em ambientes reais de trabalho, principalmente em escritórios. Entretanto, a viabilidade destes estudos é questionável, devido às normas sociais percebidas que consideram o estímulo à prática de AF em ambiente de trabalho como perturbadora e improdutivo, desde funcionários à gerência das empresas (HADGRAFT et al., 2018).

Entre as alternativas para intervir na mudança comportamental de hábitos sedentários, que atinja maior número de indivíduos e com custo financeiro mais baixo, destacam-se as intervenções com o uso de aplicativos *m-Health* (SENARATH et al., 2019). Essas intervenções são capazes de atingir um grande número de indivíduos, com o uso de aplicativos comerciais disponíveis a um custo menor do que os programas presenciais convencionais (BURKE et al., 2020). Entretanto, há pouco consenso sobre os efeitos específicos da tecnologia de *m-Health* na promoção da redução do tempo total em CS, assim como, nas quebras do tempo prolongado na posição sentada, em ambientes de trabalho.

Há indícios de que o avanço de monitores e sensores de atividades vestíveis e aplicativos de *m-Health* oferecem uma

oportunidade potencial para avaliar alternativas de baixo custo e amplamente acessíveis para intervenções de múltiplos componentes no local de trabalho (STEPHENSON et al., 2017). Assim, é plausível assumir que explorar os efeitos da intervenção com *m-Health* sobre a mudança de hábitos sedentários no ambiente real de trabalho, pode fornecer subsídios importantes sobre a viabilidade de implementar diferentes estratégias para a quebra do tempo sentado e CS. Diante deste contexto, este capítulo teve como objetivo identificar as implicações do uso de *m-Health* no CS em funcionários durante a atividade laboral.

Desenvolvimento

Trata-se de uma revisão de literatura, conduzida no Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), em julho de 2021. Foram utilizados descritores em inglês indexados no DeCS e MeSH (*Medical Subject Headings*). Os descritores indexados foram: *sedentary time*, *physical activity*, *m-Health* e *workplace*.

Os operadores booleanos foram utilizados para identificar os cruzamentos: “*sedentary time*” OR “*physical activity*” AND *m-Health* AND *workplace* Foram incluídos artigos disponibilizados nos idiomas inglês, português e espanhol, sem restrições de ano de publicação. Foram excluídos os artigos não disponibilizados na íntegra e os que estavam repetidos na base de dados.

Foram localizados 75 artigos. Desses, 9 foram selecionados para a realização desta pesquisa. Os artigos identificados na coleta de dados foram analisados inicialmente pelo título, seguido do resumo e da disponibilidade do texto na íntegra.

tegra. Foram excluídos os artigos que não abordaram exclusivamente o tema proposto.

O Quadro 1 apresenta os dados dos estudos incluídos, com a identificação pela referência, objetivo do estudo e as funcionalidades do *m-Health*.

Quadro 1 – Identificação dos estudos incluídos

(continua...)

Estudo	Objetivo do Estudo	Descrição das funcionalidades do <i>m-Health</i>
(NICHOLAS et al., 2021)	Desenvolver e explorar a viabilidade do aplicativo START entre trabalhadores de escritório fisicamente inativos, que participaram de uma intervenção de caminhada liderada por pares durante 16 semanas.	Mensagens motivacionais, lembretes, definição de metas diárias e contagem de passos.
(MORRIS et al., 2020)	Avaliar os efeitos de uma intervenção em nível individual para trabalhadores de escritório com CS total e prolongado durante o horário de trabalho, usando um aplicativo de smartphone.	Recebimento de um aviso para interromper seu tempo sentado em intervalos de 30 ou 60 minutos durante o horário de trabalho.
(BORT-ROIG et al., 2018)	Avaliar o impacto de uma intervenção "sentar menos, mover-se mais" com base na saúde de 13 semanas m-40 no local de trabalho (Walk @ WorkApp; W @ W-App) em 41 atividades físicas (AF) e sentar em funcionários de escritório no trabalho e fora do trabalho.	Vestível (bolsa fixada no lado direito do cinto) para verificar o tempo sentado e a atividade ambulatoria.
(HAILE et al., 2020)	Testar o piloto de uma intervenção digital baseada em nudge (Welbot) para reduzir o comportamento sedentário e melhorar o bem-estar físico e mental no local de trabalho.	Recebiam notificação para envolver-se em uma atividade simples de 1 a 3 minutos (por exemplo, um alongamento do braço ou uma quebra de tela) a cada 40 minutos, totalizando 12 notificações / dia.
(BOEREMA; VAN VELSEN; HERMENS, 2019)	Avaliar o efeito de um treinador de atividades com reconhecimento de contexto, chamado de app PEARL, uma intervenção <i>m-Health</i> que fornece sugestões de atividades, com base em um modelo de previsão de AF, consistindo em atividades físicas passadas e atuais e agendas digitais.	Fornecia mensagens de intervenção e <i>feedback</i> por meio de um aplicativo de smartphone. A AF era medida por um vestível (usado no quadril direito).

(PEDERSEN; COOLEY; MAINSBRIDGE, 2014)	Aumentar o gasto energético da jornada de trabalho por meio da interrupção do tempo prolongado de sentar ocupacional e da introdução de curtos períodos de AF nos hábitos de trabalho diários dos funcionários.	Envio de alerta que desativava automaticamente as telas dos computadores dos funcionários a cada 45 minutos para o usuário realizar alguma atividade de movimento (agachamento, flexões de mesa ou subir as escadas do escritório, por exemplo).
(DUNNING et al., 2018)	Determinar se as mensagens de texto do telefone móvel podem modificar o CS medido objetivamente e a saúde cardiometabólica em trabalhadores de escritório.	Lembretes com mensagens que instruíam os participantes a se levantar e realizar uma tarefa curta que iria durar pelo menos 2 a 3 minutos (para buscar um copo d'água; ir até a janela / elevador mais próximo ou visitar um colega).
(MAMEDE et al., 2021)	Investigar a eficácia da combinação de um aplicativo digital gamificado com toques físicos para aumentar a PA e reduzir o SB em funcionários de escritório holandeses.	Verificação da contagem de passos, automonitoramento, definição de metas, notificações para movimentação, <i>feedback</i> , recompensas, comparação social e suporte social.
(HAQUE; KANGAS; JÄMSÄ, 2020)	Estudar a viabilidade de um aplicativo persuasivo destinado a incentivar a AF entre os funcionários e compreender os aspectos motivacionais por trás da implementação de aplicativos m-Health entre os trabalhadores de escritório.	Estímulos para converter o tempo de movimentação em pontos (a cada 5 min. /1 ponto). Os usuários podem monitorar suas atividades na tabela de classificação.

Fonte: Os autores

No estudo de Nicholas et al. (2021), a ferramenta *m-Health*, quando utilizada para promover o comportamento de caminhada entre trabalhadores de escritório insuficientemente ativos, mostrou-se favorável em termos de aceitabilidade. Os trabalhadores do grupo intervenção avaliaram que o aplicativo promoveu um impacto moderado na mudança do comportamento de caminhada, através do sentimento de realização. Para o desenvolvimento de competências e automonitoramento do uso de recursos, foram defini-

das metas de passos e recebimento semanal de mensagens motivacionais.

Em geral, a utilização de intervenções *m-Health* não se restringe apenas ao estímulo para a redução do CS, mas também para mudanças de comportamento relacionadas aos aspectos gerais de saúde. No estudo de Haile et al. (2020), por exemplo, os funcionários aumentaram a percepção sobre os comportamentos que estavam sendo prejudiciais à saúde no trabalho. No entanto, os autores enfatizam que, embora tenham identificado que o aplicativo foi considerado aceitável e viável entre a população, mostrou-se também ineficiente na mudança de comportamento dos níveis de AF. Nesse sentido, os autores sugerem a inclusão de intervenção multi-componente, que não restrinja a avaliação da AF e CS. Além disso, destaca-se a necessidade de suporte de um profissional (NICHOLAS et al., 2021).

Nesse sentido, o desenvolvimento de aplicativos com o objetivo de mudanças de comportamento, também precisam considerar o perfil motivacional individual do público-alvo, a fim de identificar os motivos de adesão à intervenção. Dentre os pressupostos teóricos que oferecem subsídios para reconhecer os atributos vinculados aos componentes motivacionais, que possam levar alguém a realizar AF, destaca-se a Teoria de Autodeterminação (TaD), proposta por Deci e Ryan (1985). A TaD postula que a motivação para assumir condutas específicas pode variar ao longo de um *continuum*, de acordo com o grau percebido de autodeterminação, podendo a pessoa estar mais autodeterminada (intrínseca e regulações extrínsecas) ou menos autodeterminada (desmotivação).

Deci e Ryan (1985) explicam que na motivação intrínseca, o indivíduo pratica AF por vontade própria, ou seja, pelo

prazer e satisfação que a atividade oferece. Já na extrínseca, a motivação depende do grau de internalização das metas e dos valores associados à conduta do ato à determinada prática. O indivíduo pode ser motivado unicamente por conta de recompensas externas ou para satisfazer alguém de seu convívio, ou ainda, praticar para evitar sentimentos de culpabilidade. Na desmotivação, não percebe sentido no ato de realizar AF.

Alguns autores propõem o estímulo para a redução do CS do ambiente do trabalho, como no estudo de Bort-Roig et al. (2020), que desenvolveram um vestível capaz de automonitorar com precisão a posição ocupacional sentado, em pé e em locomoção, e também apresentava feedbacks por meio de gamificação animada. Os achados não revelam reduções no tempo total ocupacional sentado no trabalho, mas mudanças no CS aos finais de semanas, quando os funcionários possuem maior flexibilidade na escolha das suas atividades. Portanto, os autores identificam que os funcionários de escritório parecem transferir o conhecimento do *m-Health* para seu ambiente doméstico e de lazer.

Considerando que as interrupções frequentes do tempo sentado prolongado estão associadas à melhora dos desfechos cardiometabólicos, estimular a redução do sedentarismo fora do trabalho é benéfico para a saúde pública. Em termos de custos, a inatividade física é responsável por 13,4 milhões de agravos a problemas de saúde em todo o mundo e > \$ 100 bilhões em gastos com saúde, apenas nos Estados Unidos (SINGH; KEER, 2020).

Uma intervenção de saúde digital usando um *prompt* passivo foi um mecanismo eficaz para aumentar o gasto de energia relacionado ao trabalho dos funcionários. Envolver

os funcionários em curtos períodos regulares de AF durante o dia de trabalho resultou na redução do tempo sentado, o que pode ter efeitos de longo prazo na melhora da saúde dos funcionários (PEDERSEN; COOLEY; MAINSBRIDGE, 2014). Um serviço de saúde móvel também apresenta potencial de reduzir o CS de trabalhadores de escritório mais velhos, especialmente para interromper longos períodos em sedentarismo (BOEREMA; VAN VELSEN; HERMENS, 2019).

Em relação ao tempo para dar quebras de CS, acredita-se que intervalos entre 45 minutos (PEDERSEN; COOLEY; MAINSBRIDGE, 2014) e 60 minutos apresentam uma frequência ideal para reduzir o CS ocupacional total (MORRIS et al., 2020). No estudo de Pedersen, Cooley e Mainsbridge (2014) foi utilizado o envio de alertas para desativar automaticamente as telas dos computadores dos funcionários a cada 45 minutos para o usuário realizar alguma atividade de movimento. Já Morris et al. (2020) compararam pausas a cada 30 e 60 minutos. O tempo prolongado sentado no trabalho foi reduzido quando o encorajamento de pausas foi de 60 minutos, sendo substituído por ficar em pé e não houve mudança no tempo de locomoção.

Morris et al. (2020) justificam que a falta de mensagem para interação para caminhar ou conduzir exercícios leves de AF se reflete na falta de efeito no tempo de trabalho de locomoção. Em contraponto, o aplicativo *m-Health* baseado em teoria da autodeterminação motivou os funcionários a aumentar sua AF no local de trabalho. O aplicativo modelo é uma combinação de elementos do jogo e resultados motivadores (exercício, caminhada e controle de peso). Os usuários eram capazes de escolher uma tarefa de caminhada diária para atingir uma meta de 10 minutos após os intervalos

do café da manhã e almoço. Com vistas a sentirem-se eficazes em suas interações contínuas com o ambiente social e para atingirem as metas diárias de caminhada e de relacionamento eram incentivados a compartilhar com os colegas as atividades físicas realizadas. Essa abordagem mostrou ser capaz de diminuir o CS dos funcionários (HAQUE; KANGAS; JÄMSÄ, 2020).

A intervenção digital com recursos de gamificação e suporte social também aumenta significativamente a contagem de passos dos funcionários de escritório em comparação com um controle ativo (MAMEDE et al., 2021). Assim como recebimentos de mensagens que estimulam a diminuição de CS, também foi capaz de reduzir o tempo sentado de funcionários (DUNNING et al., 2018).

Embora haja indícios para o efeito positivo da utilização de *m-Health* no incentivo à diminuição no CS, algumas limitações foram destacadas nos estudos e possivelmente, se resolvidas, auxiliariam no engajamento do usuário. Entre os desafios a serem considerados, destacam-se: i) explorar a usabilidade dos aplicativos a partir da experiência do usuário em intervenções de saúde móvel (BORT-ROIG et al., 2020); ii) dar preferência de sincronização automática do número de passos ao aplicativo, para saber a equivalência do número de passos com a distância em km percorrido (NICHOLAS et al., 2021); e iii) possibilitar a interação de comunicação entre os outros usuários dos aplicativos (HAQUE, KANGAS, JÄMSÄ, 2020).

Considerações finais

A maioria dos estudos que se propõe avaliar o efeito da utilização do *m-Health* no CS durante a atividade laboral, mostra-se como estratégia viável para a diminuição desse tipo de comportamento e para o aumento do tempo e da intensidade da atividade física. Os estudos indicam explorar a usabilidade dos aplicativos a partir da experiência do usuário em intervenções de saúde digital. Além disso, há uma escassez de estudos que avaliam o efeito a longo prazo na saúde do trabalhador. Sugere-se, portanto, estudos que se proponham avaliar os efeitos do *m-Health* no CS em diferentes fases do processo de envelhecimento e seus impactos na saúde do trabalhador.

Agradecimentos

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo – Brasil (FAPESP, Processo nº 2019/18039-7).

Referências

WHO, WHO Guidelines on physical activity and sedentary behaviour, *World Health Organization*. 2020.

BELLETTIERE, J. et al. Gender and Age Differences in Hourly and Daily Patterns of Sedentary Time in Older Adults Living in Retirement Communities. *PLoS ONE*, v. 10, n. 8, 2015.

BOEREMA, S.; VAN VELSEN, L.; HERMENS, H. An intervention study to assess potential effect and user experience of an mHealth intervention to reduce sedentary behaviour among older office workers. *BMJ Health and Care Informatics*, v. 26, n. 1, 2019.

BORT-ROIG, J. et al. Monitoring sedentary patterns in office employees: validity of an m-health tool (Walk@Work-App) for occupational health. *Gaceta Sanitaria*, v. 32, n. 6, p. 563–566, 2018.

BORT-ROIG, J. et al. An mHealth workplace-based “sit less, move more” program: Impact on employees’ sedentary and physical activity patterns at work and away from work. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 17, n. 23, p. 1–10, 2020.

BRAKENRIDGE, C. L. et al. Evaluating the effectiveness of organisational-level strategies with or without an activity tracker to reduce office workers’ sitting time: a cluster-randomised trial. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, v. 13, n. 1, 2016.

BURKE, L. E. et al. The SMARTER Trial: Design of a trial testing tailored mHealth feedback to impact self-monitoring of diet, physical activity, and weight. *Contemporary Clinical Trials*, v. 91, p. 105958, 2020.

COENEN, P. et al. Associations of occupational standing with musculoskeletal symptoms: a systematic review with meta-analysis. *British journal of sports medicine*, v. 52, n. 3, p. 174–181, 2018.

DUNNING, J. R. et al. The effect of interrupting sedentary behavior on the cardiometabolic health of adults with sedentary occupations: a pilot study. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, v. 60, n. 8, p. 760–767, 2018.

EKELUND, U. et al. Does physical activity attenuate, or even eliminate, the detrimental association of sitting time with mortality? A harmonised meta-analysis of data from more than 1 million men and women. *The Lancet*, v. 388, n. 10051, p. 1302–1310, 2016.

HADGRAFT, N. T. et al. Perceptions of the acceptability and feasibility of reducing occupational sitting: review and thematic synthesis. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, v. 15, n. 1, 2018.

HAILE, C. et al. Pilot testing of a nudge-based digital intervention (Welbot) to improve sedentary behaviour and wellbeing in the workplace. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 17, n. 16, p. 1–13, 2020.

HAQUE, M. S.; KANGAS, M.; JÄMSÄ, T. A persuasive mhealth behavioral change intervention for promoting physical activity in the workplace: feasibility randomized controlled trial. *JMIR Formative Research*, v. 4, n. 5, 2020.

MAMEDE, A. et al. Combining web-based gamification and physical nudges with an app (MoveMore) to promote walking breaks and reduce sedentary behavior of office workers: Field study. *Journal of Medical Internet Research*, v. 23, n. 4, 2021.

MORRIS, A. S. et al. Rise and recharge: Effects on activity outcomes of an e-health smartphone intervention to reduce office workers' sitting time. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 17, n. 24, p. 1–18, 2020.

NICHOLAS, J. C. et al. Development and feasibility of a mobile phone application designed to support physically inactive employees to increase walking. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, v. 21, n. 1, 2021.

PEDERSEN, S. J.; COOLEY, P. D.; MAINSBRIDGE, C. An e-health intervention designed to increase workday energy expenditure by reducing prolonged occupational sitting habits. *Work*, v. 49, n. 2, p. 289–295, 2014.

RYAN, C. G. et al. Sitting patterns at work: objective measurement of adherence to current recommendations. *Ergonomics*, v. 54, n. 6, p. 531–538, 2011.

SENARATH, U. et al. mHealth nutrition and lifestyle intervention (mHENAL) to reduce cardiovascular disease risk in a middle-aged, overweight and obese population in Sri Lanka: Study protocol for a randomized controlled trial. *Contemporary Clinical Trials Communications*, v. 16, p. 100453, 2019.

STEPHENSON, A. et al. Using computer, mobile and wearable technology enhanced interventions to reduce sedentary behaviour: a systematic review and meta-analysis. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, v. 14, n. 1, p. 105, 2017.

3

Efeitos do uso de m-Health na motivação e práticas alimentares de hipertensos no processo de envelhecimento humano

Milena Uriarte Fauro
Ana Luisa Sant' Anna Alves
Ana Carolina Bertoletti De Marchi

Introdução

A hipertensão arterial (HA) é considerada o principal fator de risco modificável com associação contínua para doenças cardiovasculares (DCV) (BARROSO *et al.*, 2021). A complexidade da HA acarreta na necessidade de uma abordagem multiprofissional e no envolvimento das pessoas acometidas (BRASIL, 2013). Em relação ao idoso, a estratégia terapêutica deve levar em consideração diversos fatores, como a presença de comorbidades, a autonomia, o status funcional e o grau de fragilidade (BARROSO *et al.*, 2021).

Diversas estratégias clínicas e populacionais estão disponíveis para redução/estabilização da pressão arterial (PA), como, por exemplo, a redução da ingestão de sódio. Entre-

tanto, a ingestão habitual é duas vezes maior que o recomendado (BARROSO *et al.*, 2021), o que retrata a falta de cuidados da população e a necessidade de novas estratégias de intervenção que motivem a adesão às recomendações nutricionais adequadas.

A motivação é um precursor do comportamento e é essencial para mudanças bem-sucedidas ou manutenção do comportamento alimentar, além de determinar o consumo alimentar (REMPE *et al.*, 2019). É necessário estudar e avaliar diferentes estratégias para auxiliar os indivíduos, em nível individual e populacional, a internalizar sua motivação relacionada à alimentação (CARBONNEAU *et al.*, 2021).

Na área da saúde, as ferramentas de e-Health e m-Health são usadas para incentivar uma mudança positiva no comportamento relacionado à saúde, auxiliar os indivíduos a seguir um estilo de vida mais saudável, assim como para apoiar o diagnóstico e tratamento de patologias (KAMPMEIJER *et al.*, 2016).

Nessa perspectiva, a saúde digital, que envolve também aplicativos de saúde móvel (m-Health), pode fortalecer as abordagens não farmacológicas para hipertensão, incluindo a mudança de comportamento e hábitos saudáveis (DEBON *et al.*, 2019). As intervenções de saúde digital, quando integradas com os demais recursos do sistema de saúde, são eficazes e promissoras para mudança de comportamentos nutricionais e resultados de saúde relacionados à nutrição (VILLINGER *et al.*, 2019). Entretanto, existe a necessidade de avaliar seus efeitos, pois a adoção das tecnologias exige mudança de comportamento e transição para novas práticas (WHO, 2019).

Esse capítulo tem como objetivo abordar os efeitos do uso de m-Health na motivação e práticas alimentares de hipertensos no processo de envelhecimento humano.

Desenvolvimento

Trata-se de uma revisão da literatura conduzida nas bases Pubmed e Science Direct. Foram utilizados os descritores “hypertension”, “older person”, “aging”, “nutrition”, “food motivation”, “m-Health” e “app”. Além disso, também foram utilizadas referências presentes nos artigos encontrados nas buscas de dados. Foram selecionados artigos dos últimos cinco anos, sem restrição para o idioma. Os operadores booleanos utilizados foram OR e/ou AND.

A seção está dividida em três tópicos, sendo eles: Hipertensão Arterial, no qual serão abordadas questões sobre a patologia, como adesão e tratamento; motivação e práticas alimentares, que apresentará a importância de conhecer as práticas alimentares e a motivação alimentar para hipertensos e idosos; e m-Health e nutrição, trazendo os aplicativos de saúde móvel no autogerenciamento da doença, assim como a relação com a alimentação.

Hipertensão Arterial

A HA é uma Doença Crônica Não Transmissível (DCNT), multifatorial, dependente de fatores genéticos/epigenéticos, ambientais e sociais, caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos, em que os benefícios do tratamento (não medicamentoso e/ou medicamentoso) superam os riscos (BARROSO *et al.*, 2021).

No Brasil, segundo dados do último VIGITEL (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico), a frequência de diagnóstico médico de HA foi de 24,5%, sendo maior entre mulheres (27,3%) (BRASIL, 2020). Ainda, de acordo com a pesquisa, em ambos os sexos a frequência aumentou com a idade e diminuiu com maior nível de escolaridade.

A adesão de maneira adequada ao tratamento é fundamental, pois contribui para melhores níveis pressóricos, com a evolução clínica e o controle da doença (DEBON *et al.*, 2019). Além disso, auxilia na redução dos custos relacionados com essa patologia e para um envelhecimento saudável.

Em relação ao tratamento não medicamentoso, o tabagismo, padrão alimentar, suplementos e substitutos, perda de peso, consumo de bebidas alcoólicas, atividade e exercício físicos, respiração lenta, controle de estresse, espiritualidade, religiosidade e redução do consumo de sódio são relevantes (BARROSO *et al.*, 2021).

Para que essa e as demais variáveis sejam controladas, é importante que haja uma abordagem multiprofissional nos cuidados de controle da PA, contribuindo para melhorar o gerenciamento de medicamentos, o acompanhamento do paciente, a adesão ao tratamento e o autocuidado (POTTHOFF; VONEND, 2017).

Motivação e práticas alimentares

Os padrões alimentares saudáveis têm sido associados à redução da PA, uma vez que a ingestão elevada de sódio se relaciona diretamente à elevação da PA, e a restrição causa efeito hipotensor (BARROSO *et al.*, 2021). Um estilo de

vida saudável, com uma alimentação equilibrada, contribui para o envelhecimento saudável e redução do risco de declínio da função física e mobilidade com a idade (ORTOLÁ *et al.*, 2019).

Uma alimentação adequada depende do conhecimento da população sobre os tipos e características dos alimentos que os fazem mais ou menos saudáveis, da facilidade e proximidade dos estabelecimentos de compra, das preferências desenvolvidas ao longo da vida e da presença de problemas de saúde (BRASIL, 2014).

Conhecer as práticas alimentares da população é fundamental no momento de criar estratégias, pois permite focar nos empecilhos e dificuldades da população. Práticas alimentares são aspectos concretos da alimentação, observáveis, com alguma relação com a alimentação, da escolha até a preparação e o consumo (GARCIA, 1999). Na população idosa, principalmente nos idosos frágeis ou sarcopênicos, reduzir peso sem exercício físico e consumo adequado de proteínas pode, conseqüentemente, reduzir a massa muscular e piorar a funcionalidade (BARROSO *et al.*, 2021).

A motivação pode auxiliar as pessoas na ação em relação a determinado comportamento, e uma motivação auto-determinada (autônoma) está associada a melhor adesão às orientações de alimentação saudável e melhor qualidade da dieta (CARBONNEAU *et al.*, 2021). Por sua vez, o comportamento alimentar refere-se aos procedimentos relacionados com as práticas alimentares (o que se come, quanto, como, com quem, onde as refeições são consumidas, quando, porque e para que), e engloba as características socioculturais de cada indivíduo, como preparações para determinadas datas (GARCIA, 1999).

Em estudo realizado na Holanda, com o objetivo de identificar quais são as motivações para uma alimentação saudável e se essas motivações estavam associadas à situação socioeconômica e a outras características demográficas, de estilo de vida e de saúde em uma amostra de base populacional com idosos, observou-se que as motivações relatadas mais frequentes foram “sentir-se em forma”, “saúde atual” e “peso corporal” (DIJKSTRA *et al.*, 2014). Além disso, idosos com problemas de saúde física e autoavaliação de saúde ruim eram mais propensos a relatar “doença atual” como motivação para uma alimentação saudável. Os idosos com menor condição socioeconômica e aqueles com obesidade, tinham menor propensão a relatar “para prevenir doenças” e “saúde atual” como motivações para uma alimentação saudável, respectivamente.

A probabilidade de maior motivação autodeterminada para uma alimentação saudável é mais elevada em mulheres, idosos e indivíduos com maior nível de escolaridade, e essa motivação está relacionada a uma dieta de melhor qualidade, independentemente das características e determinantes individuais e sociais da alimentação saudável (CARBONNEAU *et al.*, 2021). A presença de patologia parece ser uma motivação importante para alimentação saudável do idoso, o que sugere que os indivíduos idosos com problemas de saúde auto percebidos ou relatados têm consciência da convergência entre sua patologia e a nutrição (DIJKSTRA *et al.*, 2014).

Wahl *et al.* (2020) examinaram as diferenças entre o motivo pelo qual os indivíduos pensam que comem (motivos do traço) e por que comem no momento do consumo (motivos do estado), através do questionário *The Eating Motivation*

Survey (TEMS). Segundo os autores, analisar essas diferenças do porquê as pessoas pensam que comem o que comem e o porquê realmente comem no momento, pode ser fundamental para as intervenções de saúde digital personalizadas que contribuam para mudanças comportamentais. Os resultados do estudo mostraram que os motivos essenciais (necessidade, fome, preço, hábito, sociabilidade), e também motivos como preocupações naturais ou alimentação tradicional, foram avaliados com maior importância quando as pessoas manifestaram porque costumam comer, do que quando interrogadas no momento do consumo.

Ao aplicar a versão resumida em alemão do TEMS em idosos com e sem deficiências funcionais, Rempe *et al.* (2019) observaram que o prazer foi positivamente correlacionado com todos os demais motivos alimentares. O aumento da idade associou-se a maiores valores do item motivo, mostrando que há menor abertura para mudanças nos hábitos alimentares e que a preferência por motivadores familiares têm maior influência nas decisões alimentares. Os resultados do estudo revelam que os desejos e demandas dos indivíduos idosos quanto à escolha alimentar são iminentes nos aspectos de gostar, prazer, fome e sabor, mas as preocupações com a saúde também exercem papel importante. Ademais, idosos com doenças crônicas e uma autoavaliação de saúde ruim parecem ser mais propensos a relatar a presença atual de uma patologia como motivação para alimentação saudável (DIJKSTRA *et al.*, 2014).

O comportamento alimentar não deve ser reduzido a motivos alimentares individuais, como controle do peso que, frequentemente, são utilizados para campanhas de saúde pública. As intervenções que objetivam motivos únicos po-

dem ser menos eficazes e até contribuir para o comportamento alimentar “conflituoso” (SPROESSER *et al.*, 2017).

Sendo assim, é fundamental para a promoção de um comportamento alimentar saudável, bem como para prevenção de obesidade e distúrbios alimentares, que as questões “o que comemos” e “porque comemos, o que comemos” sejam refletidas pelos indivíduos (WAHL *et al.*, 2020). Além disso, identificar os estados de motivação alimentar da população é indispensável para o desenvolvimento de estratégias adequadas às preferências, necessidades e hábitos dos idosos (REMPE *et al.*, 2019).

m-Health e nutrição

Os aplicativos de saúde móvel (m-Health) podem fortalecer as abordagens não farmacológicas para hipertensão, incluindo a mudança de comportamento e hábitos saudáveis (DEBON *et al.*, 2019). Além disso, os indivíduos sentem-se bem cuidados e tendem a ser mais ativos no processo de gestão da saúde quando usam intervenções digitais de autogerenciamento (MORTON *et al.*, 2017).

Existem diversos sistemas de telemonitoramento da PA disponíveis, sendo os sistemas sem fio (*wi-fi* e *bluetooth*, por exemplo) os mais promissores, por serem de fácil uso e permitirem a conexão entre os dispositivos médicos e os telefones móveis integrados, como *smartphones* e *tablets* (OMBONI; CASERINI; CORONETTI, 2016).

Quando acessível, o uso de aplicativos móveis para autogerenciamento pode auxiliar os pacientes hipertensos, de forma que consigam ter maior controle da PA, pois monitorar seus próprios dados proporciona ao paciente maior auto-

consciência sobre sua condição, fazendo com que o mesmo fique motivado a mudar seu estilo de vida (MORTON *et al.*, 2017). Além disso, quando as ferramentas utilizam tecnologias já conhecidas pelos idosos, a facilidade de uso é um fator positivo para esse público (KAMPMEIJER *et al.*, 2016).

Em revisão sistemática e metanálise que avaliou o uso de aplicativos comerciais e aplicativos desenvolvidos para uma intervenção específica, observou-se que mais de 75% dos estudos incluídos encontraram alterações positivas entre os usuários em ao menos um dos resultados nutricionais avaliados, enquanto mais de 50% identificaram um tamanho de efeito médio ou grande na mudança dos resultados (KHOURY *et al.*, 2019). Além disso, os autores concluem que criar aplicativos dietéticos, que incluam uma teoria comportamental integrada à intervenções de aconselhamento, podem trazer benefícios adicionais, principalmente no controle do peso corporal.

Em relação aos idosos, a falta de motivação, apoio e *feedback* são considerados obstáculos ao uso de ferramentas de e-Health e m-Health para promoção da saúde e prevenção primária, enquanto que uma forte motivação, suporte e *feedback* adequados são essenciais para a continuidade do idoso, sendo fatores facilitadores (KAMPMEIJER *et al.*, 2016).

É fundamental que especialistas da área da saúde participem do desenvolvimento dos aplicativos m-Health, visando melhorar a qualidade e eficácia dos mesmos (JAMALADIN *et al.*, 2018). Além disso, é essencial que ocorra envolvimento com as modalidades de intervenção (indivíduos e profissionais), com o intuito de aumentar a adesão ao uso dos aplicativos a longo prazo (VILLINGER *et al.*, 2019).

Considerações finais

O controle dos níveis pressóricos é indispensável para melhorar os indicadores de saúde no que se refere à complicações consequentes da HA. A alimentação é um fator fundamental no combate a essa patologia, e compreender os motivos subjacentes às escolhas alimentares e as barreiras à mudança no comportamento alimentar é primordial para o desenvolvimento de intervenções para promoção da alimentação saudável.

O estilo de vida adotado por cada indivíduo determina a qualidade do envelhecimento humano, visto que a alimentação adequada, assim como as atividades pessoais, sociais e físicas exercem influência no engajamento pessoal com os hábitos de vida.

Além disso, o uso de soluções m-Health parece ser positivo para o controle de HA, assim como para motivação e mudança de comportamento alimentar, com melhor adesão para um estilo de vida, e consequentemente, um envelhecimento saudável. Entretanto, mais estudos associando o uso de m-Health com motivação e mudança de comportamento alimentar são necessários.

Agradecimentos

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001 e do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Referências

BARROSO, W. K. S. *et al.* Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial - 2020. *Arq Bras Cardiol.* v. 116, n. 3, p. 516-658, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.36660/abc.20201238>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Vigitel Brasil 2019: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2019 [recurso eletrônico] – Brasília: Ministério da Saúde, 2020. 137.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed., 1. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

CARBONNEAU, E. *et al.* Individuals with self-determined motivation for eating have better overall diet quality: Results from the PREDISE study. *Appetite.* v. 165, p. 105-426, out. 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.appet.2021.105426>>.

DEBON, R. *et al.* Mobile health applications for chronic diseases: A systematic review of features for lifestyle improvement. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*, v. 13, n. 4, p. 2507–2512, 2019. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31405669/>>.

DIJKSTRA, S. C. *et al.* Motivations to eat healthily in older Dutch adults - a cross sectional study. *Int J Behav Nutr Phys Act.* v. 11, n. 141, 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/s12966-014-0141-9>>.

GARCIA, R. W. D. A comida, a dieta, o gosto. Mudanças na cultura alimentar. Tese de doutorado. *Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.* Departamento de Psicologia Social e do Trabalho. São Paulo: s.n, p. 315, 1999.

JAMALADIN, H. *et al.* Mobile Apps for Blood Pressure Monitoring: Systematic Search in App Stores and Content Analysis. *JMIR Mhealth*

Uhealth, v. 6, n. 11, p. 187, 2018. Disponível em: <<https://mhealth.jmir.org/2018/11/e187/#Introduction>>.

KAMPMEIJER, R. *et al.* The use of e-health and m-health tools in health promotion and primary prevention among older adults: a systematic literature review. *BMC Health Serv Res.* v. 16, n. 290, 2016. Disponível em: <<https://doi-org.ez116.periodicos.capes.gov.br/10.1186/s12913-016-1522-3>>.

KHOURY, C. F. E. *et al.*, The Effects of Dietary Mobile Apps on Nutritional Outcomes in Adults with Chronic Diseases: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, v. 119, n. 4, p. 626-651, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.jand.2018.11.010>>.

MORTON, K. *et al.*, Using digital interventions for self-management of chronic physical health conditions: A meta-ethnography review of published studies. *Patient Education and Counseling.* v. 100, n. 4, p. 616-635, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.10.019>>.

OMBONI, S., CASERINI, M., CORONETTI, C. Telemedicine and M-Health in Hypertension Management: Technologies, Applications and Clinical Evidence. *High Blood Pressure Cardiovasc Prev.* v. 23, n. 3, p. 187-196, 2016. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27072129/>>.

ORTOLÁ, R. *et al.* Influência das mudanças na qualidade da dieta no envelhecimento não saudável: The Seniors-ENRICA. *Cohort. Sou. J. Med.* v. 132, p. 1091–1102, 2019.

POTTHOFF, S. A., VONEND, O. Multidisciplinary Approach in the Treatment of Resistant Hypertension. *Curr Hypertens Rep.* v. 19, n. 9, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1007/s11906-017-0698-1>>.

REMPE, H. M. *et al.* Measuring eating motives in older adults with and without functional impairments with The Eating Motivation Survey (TEMS). *Appetite*, v. 137, p. 1-20, jun. 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.appet.2019.01.024>>.

SPROESSER, G., *et al.* The Eating Motivation Survey: Results from the USA, India and Germany. *Public Health Nutrition*, v. 21, n. 3, p. 515-525, 2018. Disponível em: [doi:10.1017/S1368980017002798](https://doi.org/10.1017/S1368980017002798).

VILLINGER, K., *et al.* The effectiveness of app-based mobile interventions on nutrition behaviours and nutrition-related health outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Obesity Reviews*, v. 20, n. 10, p. 1465-1484, 2019. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31353783/>>.

WAHL, D. R. *et al.* Why We Eat What We Eat: Assessing Dispositional and In-the-Moment Eating Motives by Using Ecological Momentary Assessment. *JMIR Mhealth Uhealth*, v. 8, n. 1, p. e13191, 2020. Doi: 10.2196/13191.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO guideline: recommendations on digital interventions for health system strengthening: evidence and recommendations. *Documentos Técnicos*, v. WHO/RHR/19, n. 1, p. 13, 2019. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK541902/>>.

4

Intervenção on-line em saúde mental diante da covid-19: caso clínico

*Álison Secchi
Luciane Prado Kantorski
Silvana Alba Scortegagna*

Introdução

A pandemia da COVID-19, como é chamada a doença provocada pelo SARS-CoV-2, atinge os serviços de saúde, impondo uma grande demanda de estruturas e recursos humanos, o que tem desafiado os sistemas de saúde dos diversos países. Diferentes organizações mundiais manifestaram-se quanto à importância dos cuidados em saúde mental durante a pandemia da COVID-19 (WHO, 2020).

Esse cenário nocivo à saúde atinge toda a população, principalmente os grupos mais vulneráveis, podendo acarretar e intensificar diversos problemas em saúde mental. O confinamento social pode implicar em níveis elevados de estresse, e isso, relacionado à distúrbios do sono, ansiedade, medo, irritabilidade, mudanças no apetite, consumo de álcool e outras drogas, pode impactar a saúde mental (ORNELL *et al.*, 2020).

Os profissionais de saúde, grupo composto por distintas categorias profissionais que atuam na “linha de frente”, estão diretamente implicados no atendimento às pessoas infectadas pela COVID-19 e, por esse motivo, compõem um grupo de risco específico para a contaminação. Especificamente, os profissionais de enfermagem fornecem cuidados de emergência, agudos e de fim de vida para pacientes com COVID-19 por longos períodos e podem apresentar maior propensão a problemas relacionados à saúde mental, como ansiedade, estresse e medo (SCORTEGAGNA *et al.*, 2020; WHO, 2020).

A saúde mental deve ser uma das prioridades na assistência e cuidado. Para tal, os atendimentos on-line no Brasil passaram a ser necessários devido às restrições sanitárias e cuidados que a pandemia requer. O Conselho Federal de Psicologia (CFP), por meio da resolução nº04/2020 (BRASIL, 2020), proporcionou a regularização dos atendimentos psicológicos on-line durante a pandemia. Esses dados enfatizam a importância de apoiar os profissionais de saúde por meio de intervenções de proteção à saúde mental, frente os fatores de risco no trabalho, diante da crise generalizada imposta pela COVID-19 (DEPOLLI *et al.*, 2021; SCORTEGAGNA *et al.*, 2021).

Desde 28 de março de 2020, o departamento de psiquiatria do Hospital Universitário de Brooklyn desenvolveu sistemas de apoio para ajudar os profissionais de saúde a lidar com o estresse e emoções relacionadas ao trabalho. Os atendimentos evidenciaram a grande carga de ansiedade e medo vivenciada, aliada ao estresse do distanciamento social. Portanto, oferecer atendimento individual e grupos de apoio em telessaúde é potencialmente positivo nesse momento de crise (SECCHI *et al.*, 2021; VISWANATHAN; MYERS; FA-

NOUS, 2020) e pós crise, mesmo frente à algumas barreiras, como dificuldade no uso da tecnologia e falta de privacidade (BUNNELL *et al.*, 2020).

No Brasil, alguns serviços de acolhimento psicológico estão sendo ofertados aos que têm sido especialmente afetados pela COVID-19. Um exemplo disso é o projeto Coletivos On-line em Saúde Mental: Ação Transdisciplinar para grupos vulneráveis ao COVID-19, dirigido a pessoas idosas e profissionais de saúde. Os atendimentos são realizados com intervenção em grupo, amparadas nos pressupostos de Winnicott, e de forma individual, (<https://coletivossaudemental.com.br>).

Diante do exposto, objetivou-se com este estudo, além de proporcionar amparo às angústias que emergem em vivências traumáticas, avaliar a eficácia de intervenção psicológica on-line com o uso de m-Health para profissional da saúde para reduzir o sofrimento emocional diante da pandemia da COVID-19.

Método

Delineamento

Trata-se de um relato de caso, um tipo de investigação científica que pretende compreender fenômenos sociais complexos e, a partir disso, explicá-los, identificando hipóteses e apontamentos que possam estar relacionados à ocorrência de tais fenômenos (YIN, 2015).

Participante

Para participação neste estudo era necessário ter realizado cadastro voluntário para receber atendimento no Pro-

jeto “Coletivos On-line em Saúde Mental: Ação Transdisciplinar para Grupos Vulneráveis ao COVID-19” (<https://coletivosaudemental.com.br/pesquisa/>), e ser profissional de saúde.

Instrumentos

Foram utilizados os seguintes instrumentos:

- a) Questionário Sociodemográfico para coletar informações sociodemográficas, profissão, idade, sexo, etnia, nível de escolaridade, renda, estado conjugal, carga horária semanal; condições familiares (família, filhos, moradia, etc), contendo 23 perguntas;
- b) *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20; HARDING *et al.*, 1980), para o rastreamento de saúde mental por meio de 20 questões que abordam aspectos psicocemocionais;
- c) Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21; VIGNOLA, TUCCI, 2014): para avaliar a severidade dos sintomas centrais da depressão, ansiedade e stress;
- d) Generalized Anxiety Disorder 7- Item scale (KROENKE *et. al.*, 2007): para avaliação, diagnóstico e monitoramento de ansiedade;
- e) Escala de Medo do COVID-19 (FCV-19S; AHORSU *et al.*, 2020) para investigar o medo da COVID-19, por meio de uma medida unidimensional, contendo 7 itens.

Procedimentos de Coleta de Dados

A participante cadastrou-se voluntariamente no projeto de pesquisa e, mediante sua concordância em participar

do estudo, assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Na sequência, realizou-se a avaliação inicial, por meio de videoconferência, em dois encontros com duração de 50 minutos cada, com a aplicação dos instrumentos selecionados: Questionário sociodemográfico, Questionário para avaliação da saúde mental; Escala DASS-21; Escala de Ansiedade Generalizada; Escala FCV-19S.

Os encontros seguintes aconteceram semanalmente em dias e horários pré-agendados, com sessões virtuais por meio de videoconferência, com duração de 50 minutos cada, no período de dezembro de 2020 e março de 2021. No terceiro encontro iniciou-se a intervenção, que se estendeu por 10 sessões. O foco analítico, amparado nos aportes de Winnicott, buscou identificar e discutir as angústias, de forma que a participante pudesse refletir sobre seus relatos. Após o término da intervenção, foram reaplicados o questionário para avaliação da saúde mental e as Escalas DASS-21; Escala de Ansiedade Generalizada; Escala FCV-19S, e realizado um feedback dos atendimentos, totalizando 14 encontros.

Análise dos Dados

Os resultados dos instrumentos aplicados e dos atendimentos realizados foram considerados no todo para fins descritivos. Os relatos dos encontros foram transcritos e analisados qualitativamente pelo estabelecimento de categorias temáticas em três etapas: pré-análise, exploração do material, análise dos resultados obtidos e interpretação (MINAYO, 2004). Por fim, procedeu-se à comparação dos resultados das escalas aplicadas com a análise qualitativa dos temas estabelecidos nas sessões de intervenção.

Procedimentos Éticos

O estudo seguiu todos os procedimentos previstos na resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, recebendo parecer positivo para sua execução pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Passo Fundo, sob o parecer de número 4.164.222.

Resultados e Discussão

Tereza (nome fictício), 45 anos, ensino superior, enfermeira, separada, reside com a filha adulta, a irmã mais velha e com sua mãe. Trabalha há 14 anos em um hospital geral, atualmente no setor de atendimento a pacientes com COVID, localizado no interior do estado do Rio Grande do Sul.

História Progressa

Tereza realizou tratamentos psicológicos e psiquiátricos e seguiu por alguns anos em acompanhamento médico. Em 2010 foi diagnosticada com Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC), apresentando sintomas depressivos. Conta que começou a trabalhar quando ainda era bem jovem, dispondo de recursos básicos para viver e cercada de familiares. Durante a faculdade, teve um relacionamento amoroso e acabou engravidando, mas a relação amorosa não deu certo e acabou se separando quando sua filha ainda era pequena. Revela que trabalhou muito para dar à sua filha o que ela não teve em termos materiais, que sempre precisou se “virar sozinha”, com pouco tempo para atividades de lazer. Segundo ela, como qualquer família, sempre teve alguns conflitos, e o isolamento social devido a pandemia COVID-19 pode ter potenciali-

zados esses conflitos. Há muitos anos tem sintomas de ansiedade e TOC, mas até então isso não impactava tanto a sua vida, pois conseguia lidar melhor com as tarefas do cotidiano.

História Atual

Atualmente, Tereza não está em tratamento psicológico e psiquiátrico, mas afirma saber da necessidade e importância destes tratamentos para melhorar a sua qualidade de vida. Revela que as angústias evidenciadas pela pandemia e o TOC impactam negativamente e trazem dificuldades de toda ordem em sua vida. Faz uso de medicamentos antidepressivo e benzodiazepínico (rivotril e clonazepan) para tratar a sintomatologia depressiva e a insônia. Além da enxaqueca, as crises de ansiedade intensificaram-se, como exemplo conta acordar às três horas da manhã para faxinar a casa, por ter problemas com o sono. Refere que antes da pandemia a dose de remédio era bem menor, conseguia dormir bem, mas durante a COVID-19 aumentou a dose da medicação, e não percebe efeitos de melhora.

Diz sentir-se no limite, estressada, às vezes solitária e com muito medo do vírus e das consequências da atualidade, pois tem contato próximo com muitas pessoas e precisa ter cuidados extremos. Acrescenta que deve ter engordado uns 20 kg nas últimas semanas, especialmente devido ao incremento dos sintomas de ansiedade. Alguns conflitos envolvendo o seu contexto familiar, acentuados pela pandemia, são descritos pela paciente:

(...) desde a época da faculdade já tinha que me virar, com filha pequena para criar (...) acordava de madrugada para dar conta das coisas, e ainda tinha que trabalhar” (...) inclusive nessa época comecei a ter insônia, mas piorou com a pandemia, meu Deus!

Análise dos Resultados pré e pós Intervenção

Os resultados da Escala de Ansiedade Generalizada pré-intervenção evidenciaram presença de ansiedade generalizada grave (GAD-7; pré=16 pontos). Após a intervenção, houve redução e melhora nos níveis de ansiedade generalizada (GAD-7; pós=11 pontos), atingindo níveis moderados. Tal resultado corrobora dados que sugerem que o atendimento on-line por meio de videoconferência na pandemia da COVID-19 pode ser, em curto prazo, positivo na diminuição dos níveis de ansiedade em profissionais da saúde (PERALTA; TAVARES, 2020).

Quanto à mensuração dos sintomas indicativos de afetividade negativa, os resultados da Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse indicaram, pré-intervenção, índices altos (DASS-21; pré=53 pontos). Após a intervenção, houve redução e melhora nos sintomas (DASS-21; pós=41 pontos), o que indica diminuição da carga de afetividade negativa. Esses dados sinalizam para significativos sintomas de ansiedade, depressão (moderada a grave) e estresse agudo, demonstrando riscos elevados de desenvolvimento de sofrimento psicológico em profissionais de saúde (DEPOLLI *et al.*, 2021; SCORTEGAGNA *et al.*, 2021), sendo as mulheres enfermeiras e solteiras mais susceptíveis aos sintomas de ansiedade e seus transtornos do que outros profissionais (LAI *et al.*, 2020), o que corrobora achados desse estudo.

Os dados da Escala de Medo revelaram na pré-intervenção um índice de medo elevado da COVID-19 (EMC-19; pré=26 pontos). Após a intervenção, houve redução na intensidade do medo (EMC-19; pós=21 pontos). A COVID-19 tem

afetado negativamente a saúde mental dos profissionais de saúde, especialmente os que trabalham na linha de frente assistencial, pois lidam diariamente com o medo de se infectar e de contaminar outras pessoas, frente à carência de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) e a sobrecarga de trabalho diária (DANTAS, 2021; SCORTEGAGNA *et al.*, 2021).

Análise de Categorias Temáticas

Das narrativas da participante durante a intervenção, emergiram três categorias temáticas, a saber: a) ansiedade; b) medo e estresse; c) sintomas depressivos. As categorias elencadas serão discutidas na sequência.

Ansiedade

Os sinais de ansiedade podem ser observados no discurso da profissional de saúde, relacionados ao excesso de preocupações e trabalho: *“(...) a instabilidade do meu trabalho e a questão emocional acabou comigo, (...) as vezes acordo na madrugada para faxinar a casa (...) “é uma somatização de tudo, muito puxado”*.

Para Winnicott (1949), não é o estado clínico em termos de uma patologia somática (asma, alergias, etc) que deve ser tomado como transtorno psicossomático, mas sim a persistência da cisão entre a psique e o soma no amadurecimento de uma pessoa. O sintoma psicossomático é o último recurso empregado por um indivíduo que vivenciou situações difíceis, que ocasionam intensas emoções para manter corpo e psique unidos. A partir das narrativas da participante, pode-se dizer que, durante a pandemia, os sintomas de ansiedade e TOC exacerbaram-se frente às situações de expressi-

vo sofrimento emocional, como medo, luto e morte, vivenciados pela profissional, principalmente em seu trabalho.

Ao que parece, seus sentimentos de desamparo foram intensificados, pois desde “sempre” sentiu-se desamparada, o que mostra dificuldades em mentalizar a angústia pela fragilidade dos seus recursos mentais. Além disso, teve que lidar com uma gravidez precoce, derivada de uma relação amorosa esporádica e enfrentar a maternidade sem amparo familiar. A ausência de um ambiente suficientemente bom, que entenda e atenda às suas necessidades, possivelmente intensificou os sintomas de angústia e o agravamento das manifestações do TOC.

Segundo Winnicott [1958]/(1979), situações dramáticas tornam-se linhas divisórias e determinantes de transformações no ser humano e na cultura. A probabilidade é de que, depois de experiências de sofrimento, abandono, desamparo e necessidades de cuidados de toda a ordem, verifique-se uma maior atenção e observação às reações frente às perdas.

Medo e Estresse

No próximo fragmento, a profissional evidencia explicitamente seu medo de morrer por conta da COVID-19, mesmo já tendo contraído o vírus anteriormente: *“Tenho muito medo de pegar COVID e morrer”*; *“Não existe mais grupo de risco (...) o medo te molda, paralisa!”*

O conceito de Winnicott sobre o medo do colapso é atualizado na COVID-19, em que surgem o vazio, a morte e a não-vida. No momento em que o cotidiano é atravessado por uma ameaça de perigo à saúde e à continuidade da vida, a metáfora para a vivência de um bebê em busca de um ritmo estável em um útero que o alimenta e protege, dependente

absoluto do ambiente que o recebe, uma questão de sobrevivência (WINNICOTT, [1963]/(1994). A sensação de dor e o medo da perda da filha por conta da COVID-19 e da morte são defesas relacionadas às agonias da condição de extrema vulnerabilidade imposta pela pandemia. O medo revelado pela participante pode ilustrar o contexto vivenciado, como um dos mecanismos de defesa. A formação reativa é uma maneira de enfrentar um acontecimento inusitado e traumático, extremamente negativo.

A realidade traumática da pandemia, diante da constatação de que muitas pessoas não vão permanecer vivas, ameaça tanto a saúde física quanto a saúde mental. Conforme Tereza certifica, o medo pode moldar, paralisar, e mesmo que o ambiente tente dar conta do desamparo instalado, por meio do uso das tecnologias como uma forma de manter a comunicação e a integração, pode ser difícil sustentar sentimentos de continuidade. Essa desconexão evidenciada pela parada, que revela a falta de perspectiva de continuidade, pode gerar um colapso, “o medo do colapso é o medo de um colapso já vivido”, traumático, do qual o paciente vai se defender da vivência de agonias primitivas (WINNICOTT, 1963).

Sintomas depressivos

Durante a intervenção, a participante evidenciou características depressivas em suas narrativas, como se pode verificar, a seguir: “(...) *muitas vezes parece que não tem mais saída, é um ciclo vicioso, não tem mais alternativas, antes da pandemia não era tanto, (...) me sinto cansada*”.

Paradoxalmente, para Winnicott (1949), a depressão, por mais intolerável que seja, pode ser sinônimo de saúde. O au-

tor revela que, mesmo em quadros psiquiátricos e distúrbios afetivos severos, instauram-se as defesas antidepressivas, o que demonstra indícios de um certo grau de amadurecimento e força do ego. O mal estar e desconforto apresentados pela participante decorrem da dificuldade de aceitar os sentimentos de seu mundo interno, parece sentir-se “sobrecarregada”, como se estivesse “andando em círculos”, o que pode ter relação com a sua história, ter que “dar conta de tudo”, cuidar da filha sozinha desde pequena, trabalhar muito, estar “trancada em casa” por conta da pandemia, sem convívio social, aliados a possíveis sentimentos de culpa por “escolhas” do passado. A falta de esperança em si e no outro pode remeter as suas vivências iniciais de um ambiente menos favorável ao seu desenvolvimento, e que tendem a se agravar diante da pandemia, o que aumenta ainda mais seu sofrimento.

Nesse contexto emocionalmente desfavorável, a vivência de um colapso pode ocasionar duas situações: fortalecer as defesas em meio ao isolamento, sentir-se perseguido pelas agonias primitivas, ou estimular a viver a vida ainda não vivida. O indivíduo pode permanecer buscando o que não pode viver como se tivesse algum registro deste impensável estado de coisas, uma vez que pensar a respeito do medo do colapso é reportar onde não há traumas (WINNICOTT, 1963/1994). Contudo, a vivência de desamparo traz a oportunidade de restaurar a criança que cada um foi e ainda é, ao mesmo tempo em que se reencontra o espaço do sonho.

De maneira geral, tais resultados colaboram achados da literatura que revelam aumento do sofrimento mental dos profissionais de enfermagem durante a pandemia. A sintomatologia depressiva é evidenciada por sinais como alta prevalência de sintomas graves de ansiedade, depressão e

sintomas da síndrome de burnout (DEPOLLI *et al.*, 2021; SCORTEGAGNA *et al.*, 2021). Verifica-se, também, que traços depressivos da paciente podem estar relacionados ao fato de exercer os cuidados parentais sozinha, com jornada dupla de trabalho, excesso de preocupação e a própria pandemia, como se observa nos excertos:

desde a época da faculdade já tinha que me virar sozinha, com filha pequena para criar (...) acordava de madrugada para conseguir dar conta das coisas, muitas responsabilidades, e ainda tinha que trabalhar; (...) nessa época comecei a ter insônia.

Alguns sentimentos de desesperança foram identificados, nas falas da paciente, “receio de não existir mais um sentimento após a pandemia”, relacionados ao sentimento de inutilidade em ficar “isolada” em casa quando não está no trabalho; no descaso e na manipulação da população, já que não existe “vacinação em massa” e milhares de mortes até então. Segundo ela, a pandemia evidenciou a falta de valor do ser humano, “é você por você mesmo”, infelizmente. Verbaliza: *“Morrer com o vírus é o pior tipo de morte, porque as pessoas morrem sem ninguém por perto, nem a família pelo medo de se infectar, e isso é um horror!”*

Vale destacar ainda que, durante a intervenção on-line, a profissional verbalizou: *“sabe, é um alívio poder falar e desabafar contigo sobre tudo isso, me sinto mais aliviada! Me faz bem, me traz paz”*, evidenciando a eficácia do atendimento on-line em prol da saúde mental. Observa-se que a redução de suas angústias, níveis de ansiedade e sintomas depressivos podem estar associadas à intervenção e ao que esta favoreceu, por exemplo, reflexões sobre sua história, recuperação de memórias positivas e a possibilidade de ser escutada profissionalmente quanto aos seus anseios e sofrimentos.

Ademais, conforme esse estudo indica, os profissionais de saúde durante a pandemia da COVID-19 apresentam sofrimento psíquico e necessitam de uma escuta empática profissional para que possam ser atendidos em suas singularidades. A relevância dos serviços voltados à saúde mental e as condições de saúde geral no percurso pandêmico e, para além dele, contemplando seus efeitos, merece ser destacada.

Considerações finais

Os principais resultados respondem ao objetivo proposto e apontam para a eficácia das intervenções on-line com o uso de m-Health, voltada à saúde mental, para a paciente deste estudo, especialmente na redução de níveis de ansiedade, depressão e medo. Adicionalmente, a intervenção em saúde mental ampliou as oportunidades de reflexão e trouxe crescimento, o que se identifica na valorização dos encontros e na solicitação de que fossem estendidos, mesmo após a conclusão do estudo. Por fim, sugere-se o seguimento de estudos para melhor avaliar a viabilidade de intervenções on-line com profissionais da saúde na pandemia da COVID-19, com outras patologias.

Agradecimentos

A presente pesquisa foi realizada com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001, da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul - Brasil (FAPERGS, Processo nº 20/2551-0000261-6), e da Fundação Universidade de Passo Fundo (FUPF).

Referências

AHORSU, Daniel Kwasi *et al.* The Fear of COVID-19 Scale: Development and initial validation. *International Journal of Mental Health and Addiction*, p. 1-9, 2020. doi.org/10.1007/s11469-020-00270-8

BRASIL, Ministério da Saúde. Pesquisa analisa impacto psicológico da covid em profissionais da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BUNNELL, Brian *et al.* Acceptability of telemedicine features to promote its uptake in practice: A survey of community telemental health providers. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, p. 17-22, 2020. doi: 10.3390/ijerph17228525

DANTAS, Eder Samuel Oliveira. Saúde mental dos profissionais de saúde no Brasil no contexto da pandemia por Covid-19. *Interface*, Botucatu, v. 25, supl. 1, e200203, 2021. Epub Jan 08, 2021. doi.org/10.1590/interface.200203

DEPOLLI, Gabriel Trevizani *et al.* Ansiedade e depressão em atendimento presencial e telessaúde durante a pandemia de Covid-19: um estudo comparativo. *Trab. educ. saúde*, Rio de Janeiro, v. 19, 2021. doi.org/10.1590/1981-7746-sol00317.

HARDING, T. W. *et al.* Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. *Psychol Med*, v. 10, 231-241, 1980. doi:10.1017/S0033291700043993

KROENKE, K. *et al.* Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and detection. *Annals of Internal Medicine*, v. 146, n. 5, p. 317-325, 2007. doi: 10.7326/0003-4819-146-5-200703060-00004

LAI, J. *et al.* Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA Network Open*, v. 3, n. 3, 2020. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.3976

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

ORNELL, Felipe *et al.* “Pandemic fear” and COVID-19: Mental health burden and strategies. *Brazilian Journal of Psychiatry*, v. 42, n. 3, p. 232-235, 2020. doi.org/10.1590/1516-4446-2020-0008

PERALTA, E. A.; TAVERAS, M. Effectiveness of teleconsultation use in access to mental health services during the coronavirus disease 2019 pandemic in the Dominican Republic. *Indian Journal of Psychiatry*, p. 492-494, 2020.

SECCHI, A. *et al.* Intervenções on-line em saúde mental em tempos de COVID-19: Revisão sistemática. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, v. 23, n. 1, p. 167-190, 2021. 10.5935/2318-0404.20210013

SCORTEGAGNA, S. A. *et al.* Mental health in health professionals facing Covid-19: a systematic review. *Psicologia: teoria e prática*, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 1-23, abr. 2021. <http://dx.doi.org/10.5935/1980-6906/ePTPC1913976>

VIGNOLA, R.; TUCCI, C. B. Adaptation and validation of the Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS) to Brazilian Portuguese. *Journal of Affective Disorders*, v.155, p. 104-109, 2014. doi:10.1016/j.jad.2013.10.031

VISWANATHAN, R.; MYERS, M. F.; FANOUS, A. H. Support groups and individual mental health care via video conferencing for front-line clinicians during the COVID-19 pandemic. *Psychosomatics*, v. 61, p. 538-543, 2020. doi: 10.1016/j.psym.2020.06.014

WINNICOTT, D.W. (1958). A capacidade de estar só. In: _____ O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1979.

WINNICOTT, D.W. (1994). *O medo do colapso (Breakdown)*. In WINNICOTT, C.; SHEPHERD, R.; DAVIS, M. (Orgs.). *Explorações psicanalíticas*: D.W. Winnicott. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1963).

WINNICOTT, D.W. (2000). *Desenvolvimento emocional primitivo*. In: WINNICOTT, D. W. (Ed.). *Da pediatria à psicanálise – Obras escolhidas* (p. 218-232). Rio de Janeiro: Imago (Trabalho original publicado em 1945).

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak*, 2020.

YIN, R. K. *Estudo de Caso: Planejamento e métodos*. 5. ed. Porto Alegre, RS: Bookman, 2015.

5

Acolhimento psicológico de pessoas idosas e oferta de serviços de saúde mental online no âmbito da pandemia de Covid-19

*Rafaela Andreia Pedot
Eduardo dos Santos de Lima
Silvana Alba Scortegagna*

Introdução

O acolhimento de pessoas em sofrimento psíquico constitui uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2004), e se trata de uma ferramenta essencial para a inserção e permanência dos indivíduos em serviços de saúde mental. Contudo, após o início da pandemia da COVID-19 em 2020, muitos espaços de acolhimento precisaram restringir ou mesmo interromper atendimentos presenciais aos usuários.

Pessoas idosas, neste cenário, se constituíram como um grupo especialmente de risco para o adoecimento. As altas taxas de mortalidade decorrentes da pandemia conduziram a diversas orientações de distanciamento e isolamento (OR-

GANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2020). Entretanto, em longo prazo, tais medidas parecem ter contribuído para gerar prejuízos na saúde mental dessas pessoas. A depressão é um transtorno prevalente na população idosa, relacionada, dentre outros fatores, à solidão. Em meio à pandemia de COVID-19, com a adoção de medidas sanitárias e protetivas de distanciamento social, a população idosa mostrou-se mais suscetível a sofrer sintomas relacionados à depressão (ROVANI *et al.*, 2021).

Os primeiros impactos na saúde mental foram relacionados à percepção de pertencimento a um grupo de risco para contrair o vírus ao mesmo tempo em que as pessoas idosas vivenciaram perdas de amigos e familiares próximos e maior tempo sem contato social. A emergência de sentimentos de medo, sintomas de ansiedade, estresse e solidão, mostraram-se condizentes com os estudos relatados (CANALI; SCORTEGAGNA, 2021; DIEHL *et al.*, 2020; GOODMAN-CASANOVA *et al.*, 2020; ROVANI *et al.*, 2021) demandando pronto acolhimento.

Frente à pandemia de coronavírus, acirrou-se a necessidade de uma escuta qualificada, especialmente a população mais vulnerável física e emocionalmente, com vistas a acolher e refletir sobre sentimentos de solidão, utilizando-se como suporte às Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs). O acesso à internet via dispositivos móveis tais como *smartphones* e *tablets* tem sido uma realidade muito comum para o público em geral no Brasil e em outras partes do mundo (MOURA *et al.*, 2017). Em estudo de revisão, Scortegagna e Lima (2021, no prelo) identificaram que pesquisas que visam avaliar as condições de saúde mental de pessoas idosas, em diversos países do mundo, estão utilizan-

do como recurso metodológico dispositivos móveis para ter acesso de forma segura a essa população durante a pandemia de COVID-19.

A adesão às TICs pelos idosos parece promissora para amparar de forma coletiva e não apenas individual, sentimentos de medo e solidão, angústias e temores de contrair a doença e as inquietantes incertezas vivenciadas quanto ao presente e ao futuro. Para tanto, torna-se relevante a familiarização com as tecnologias para que possam se comunicar, realizar chamadas de vídeo, conversas em áudio com seus entes queridos, amigos, fazer compras de consumo diário, e ter condições de realizar atendimento psicológico *online*.

A pandemia da COVID-19 é a maior emergência de saúde pública que a comunidade internacional enfrenta em décadas (SCHIMIDT *et al.*, 2020). Neste cenário de crise, a vivência de doenças crônicas na velhice pode contribuir para o aumento de sentimentos de medo e angústia (SOUTO; OLIVEIRA, 2019). As autoras, ao avaliar pacientes idosos com câncer, observaram, dentre outros efeitos na saúde mental, reações e sentimentos disfóricos e a necessidade de receber suporte, tanto familiar quanto hospitalar.

A presença de limitações físicas, em especial as relacionadas à comunicação, podem aumentar ainda mais o isolamento social de pessoas idosas. O estudo de Bauer *et al.* (2017), ao analisar pessoas idosas do Rio Grande do Sul e que apresentavam autorrelato de perda auditiva, conclui que esses pacientes apresentavam maior dificuldade ao acesso à saúde, permanecendo por mais tempo em casa.

Diante deste cenário limitador, serviços públicos de saúde mental podem ter um relevante papel no acolhimento dessas demandas. Entretanto, tendo em vista as restrições impostas pela pandemia da COVID-19, muitos desses ser-

viços precisaram restringir o atendimento presencial, o que pode gerar aumento no tempo de espera.

Com esse aumento de demanda, são necessárias soluções alternativas que possam acolher as pessoas idosas em sofrimento psíquico dadas as sequelas psicológicas da pandemia, incluindo isolamento social, insegurança financeira, sentimentos de angústia diante do temor de contaminação do vírus, do adoecimento, do risco de vida, e do potencial de reexposição ao trauma. Uma dessas soluções é o atendimento realizado remotamente, de forma *online* e síncrona, utilizando dispositivos digitais e conectados à internet.

Em revisão sistemática que objetivou reunir evidências empíricas sobre as intervenções online em saúde mental em tempos de COVID-19, Secchi *et al.* (2021) constataram que adultos e profissionais de saúde foram os que mais buscaram atendimento em saúde mental, por meio de ligação telefônica e de videochamada, devido a sentimentos de ansiedade, depressão, pânico, transtorno alimentar e TDAH. Os autores encontraram evidências positivas sobre o uso de dispositivos digitais na redução de estresse, ansiedade, depressão e comportamento suicida.

Com regulamentação ainda recente no Brasil, o atendimento psicológico por meio de TIC's está amparado na Resolução nº 004/2020 do Conselho Federal de Psicologia, podendo ser uma importante ferramenta aos serviços de saúde mental. Considerando o exposto, este estudo objetivou descrever o processo de acolhimento às pessoas idosas em espera de atendimento em saúde mental, diante da COVID-19, identificando os motivos para a busca aos serviços, as circunstâncias que levaram à desistência de atendimento e ofertar serviços de atendimento *online*.

Método

Trata-se de um estudo descritivo e analítico com abordagem qualitativa (MARCONI; LAKATOS, 2017). Foram participantes desta pesquisa pessoas idosas que aguardavam atendimento psicológico em lista de espera em serviços de saúde mental pública, no período de março de 2020 a junho de 2021. O acesso aos participantes ocorreu por meio de bola de neve (*Snowball*) por meio de cadeia de referências dos pesquisadores deste estudo. Inicialmente, realizou-se contato telefônico para uma primeira escuta empática e, na sequência, os pacientes foram convidados a participar de uma videochamada, utilizando aplicativo de comunicação e smartphone conectado à internet. O estudo integra um projeto maior denominado “Coletivos on-line em saúde mental: Ação transdisciplinar para grupos vulneráveis à Covid-19”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o parecer nº 4.034.099/2020.

Resultados e Discussão

De um total de 35 pacientes indicadas, média de idade 64 anos (DP=6,42), a maior parte do sexo feminino (n=30; 85,71%), apenas sete mulheres responderam ao contato via telefone e ao aplicativo WhatsApp e participaram de videochamada. A Tabela 1 apresenta os motivos para a busca de atendimento psicológico.

Tabela 1 – Motivos para busca de atendimento psicológico

Motivo	Quantidade de pessoas
Doenças Crônicas, Câncer cordas vocais, câncer terminal	3
Solidão	1
Depressão	1
Medo da Pandemia	1
Limitações físicas (Deficiência física e auditiva)	1
Total	7

Fonte: próprios autores.

Verifica-se na Tabela 1 que os principais motivos para a busca de atendimento foram as enfermidades crônicas. A vivência de doenças, como o câncer, pode trazer para os adultos idosos diversos sentimentos difíceis de serem elaborados. A pluralidade de sentimentos pode evidenciar múltiplos significados, desde dificuldades de aceitação da doença, resignação e/ou medo até o confronto com a finitude e/ou a própria morte (SOUTO; OLIVEIRA, 2019). Como exemplos citam-se as seguintes narrativas: “vou ter que fazer uma cirurgia, tenho muita dor nas costas, limitações para me locomover, dificuldades em realizar os cuidados com a higiene diária e não me sinto bem diante de tudo isso” (Paciente A); “estou debilitada devido a um câncer, sem condições de seguir o tratamento, em virtude de minha fragilidade física” (Paciente B).

Nessas circunstâncias que remetem às fragilidades, os pacientes podem sentir-se invadidos por sentimentos de angústias, de aniquilamento, vivenciando aumento de ansiedade, tensão e emoções negativas (BRANDÃO *et al.*, 2004). Como exemplos, as senhoras idosas referem: “tive uma crise e fui internada em um hospital por estar com depressão” (Paciente C); “tenho um câncer, dificuldades em me comunicar, sinto muita angústia, pânico, medo” (Paciente D). A ocorrência de uma pandemia e o enfrentamento de um cân-

cer podem incrementar os níveis de ansiedade e angústias. Alguns pacientes com câncer nas cordas vocais, por exemplo, podem apresentar rouquidão e alterações na fala, na voz, e evidenciem dificuldades de se expressar e de se fazer entender, mesmo após tratamento (INCA, 2021).

Diante desses contextos avassaladores, os serviços de saúde mental que prestam atendimento psicoterápico podem desempenhar importante papel na elaboração das angústias e no auxílio tanto às pessoas doentes, que muitas vezes apresentam dificuldades de se expressar em palavras, quanto aos seus familiares. O auxílio e a construção de uma rede de apoio podem figurar também como um importante mecanismo de defesa frente à enfermidade, como estratégia de enfrentamento psicológico e busca por melhor qualidade de vida (SOUTO; OLIVEIRA, 2019).

Dentre as várias possibilidades de acessos aos serviços de atendimento em saúde mental, a videochamada parece ser um dos recursos facilitadores ao pronto atendimento de pessoas que apresentam dificuldades físicas limitadoras e que denotam condições de vulnerabilidade. Mesmo considerando as limitações impostas pelos aparelhos eletrônicos, as pessoas idosas deste estudo tiveram a possibilidade de usufruir os benefícios dessa modalidade de atendimento voluntário, que se tornam mais relevantes quando se leva em conta também o panorama pandêmico vivenciado. O cenário de abertura de possibilidades metodológicas e os primeiros indícios de benefícios no uso de ferramentas digitais com pessoas idosas (SCORTEGAGNA; LIMA, 2021; SECCHI *et al.*, 2021), pode conduzir a formatos de atendimento em saúde mental adaptados à diversas condições limitantes.

Na sequência, outros indicadores de sofrimento psíquico puderam ser identificados nas entrevistas com as pessoas idosas. Dentre estes, destacam-se o aumento de sentimentos de solidão (n=1), depressão (n=1) e medo da pandemia (n=1), também identificados em estudos prévios (CANALI; SCORTEGAGNA, 2021; DIEHL *et al.*, 2020; GOODMAN-CASANOVA *et al.*, 2020; ROVANI *et al.*, 2021), principalmente relacionados à pandemia da COVID-19.

Medidas protetivas como o distanciamento físico e o aumento do tempo que as pessoas idosas permaneceram em casa, embora tenham bons resultados na proteção contra a infecção viral, podem aumentar o sofrimento psíquico. Nesse cenário de isolamento, pessoas idosas podem estar mais propensas a sofrerem diversas formas de exclusão social, resultando em sentimentos de solidão (DIEHL *et al.*, 2020). Além disso, a perda de contato com familiares, amigos e grupos de convivência também parecem contribuir com esses sentimentos. Sentimentos de solidão podem conduzir a desfechos secundários, incluindo depressão (GOODMAN-CASANOVA *et al.*, 2020; ROVANI *et al.*, 2021).

Outro fator que parece contribuir para o aumento de sintomas depressivos é o falecimento de amigos e familiares. Rituais fúnebres de pessoas queridas que morreram pela Covid-19 que não foram possíveis de serem realizados, podem contribuir para alterações no processo de luto e aumento de sintomas depressivos (CREMEPE, 2020).

Algumas doenças crônicas podem acometer as funções motoras, causar, entre outros efeitos, atrofia muscular e diminuição significativa da capacidade de realizar atividades diárias, conforme verbalizado pela paciente D: “sinto muita dor em todo corpo, dificuldades para caminhar, sensibi-

lidade nas mãos e nos pés”. Não obstante, essas limitações podem direcionar o paciente a um estado de dependência de seus cuidadores. Nesse cenário de maior vulnerabilidade, pode-se esperar maior grau de sentimentos disfóricos, ansiedade, medo e raiva. As dificuldades de locomoção, por sua vez, podem dificultar o acesso a serviços de saúde mental convencionais, elegendo o modelo de atendimento de modo remoto e síncrono uma opção importante a esses pacientes.

Limitações físicas podem estar relacionadas com aumento de ansiedade e depressão (BANSKOTA; HEALY; GOLDBERG, 2020) e dificuldades auditivas dificultam a comunicação e podem causar maior ansiedade. A busca por atendimento psicológico, nesses casos, pode demandar o uso de soluções complementares, como mensagens de texto ou fones de ouvido que possam amplificar o som de forma que a pessoa se sinta confortável com a experiência. A paciente E., que somente conseguiu utilizar o aplicativo WhatsApp, afirma: “não tenho muito conhecimento com tecnologias e esses meios de comunicação”.

Como alternativas, ações que oferecem atendimento transdisciplinar em saúde mental, como as que estão sendo desenvolvidas pelo projeto “Coletivos Online em Saúde Mental: Ação transdisciplinar para grupos vulneráveis à COVID-19”, são possibilidades seguras para o desenvolvimento de conexões entre as pessoas idosas, por meio da escuta terapêutica, indicando o potencial dos dispositivos *m-Health*, como observado em estudos anteriores (BANSKOTA; HEALY; GOLDBERG, 2020; SECCHI *et al.*, 2021). Na sequência, a Tabela 2 apresenta os motivos para a desistência do atendimento.

Tabela 2 – Motivos para desistência do atendimento.

Motivos	Quantidade de pessoas
Não retornaram ao contato telefônico	5
Não houve retorno do contato via aplicativo Whatsapp	7
Desistência da espera de atendimento	3
Atendimento com outro profissional	2
Atendimento para familiar adolescente	2
Limitação tecnológica	2
Telefone fixo	2
Alterações de saúde, doença	1
Internação em residencial geriátrico	1
Falta de disponibilidade	1
Dificuldade auditiva	1
Total	28

Fonte: próprios autores.

Observa-se na Tabela 2 que os motivos para a desistência do atendimento psicológico no setor público foram variados. Algumas pessoas idosas não responderam ao contato telefônico e nem ao contato via aplicativo WhatsApp (n=12), outras não desejaram mais atendimento devido ao tempo longo de espera ou já se encontravam em atendimento psicológico em outros serviços disponíveis (n=5).

Em alusão às dificuldades de acesso a serviços de saúde mental públicos, observa-se uma demanda crescente de pessoas idosas que buscam serviços dessa natureza, a necessidade de ofertar outras modalidades de assistência e a escassez de profissionais para realizar o atendimento. Essa é uma das razões porque os pacientes permanecem por longo tempo em lista de espera, o tempo transcorrido entre a solicitação de atendimento até a chamada para a triagem é longo, se estendendo a um ano ou mais.

Neste contexto limitador torna-se necessário o incremento de políticas públicas voltadas para ações e ofertas de

serviços em saúde mental de modo remoto. Essa mudança ao acesso remoto aos serviços que antes eram exclusivamente presenciais, embora seja especialmente desafiadora para a psicologia e os serviços de saúde, já mostra alguns resultados entre alunas em formação e profissionais envolvidas. Losch e Scortegagna (2021) em relato de experiência na participação dos atendimentos dirigidos a populações vulneráveis à COVID-19, entre o mês de maio a julho de 2020, na modalidade remota e síncrona, referem que a experiência possibilitou conhecer de forma aprofundada as demandas de pessoas idosas, tanto as suas questões pessoais e familiares quanto aos processos relativos ao envelhecimento, diante de traumatismos coletivos geradores de angústia. Permitiu também compreender as angústias dos profissionais de saúde relacionadas ao trabalho, como sobrecarga física e emocional, sentimentos de frustração e impotência, falta de recursos protetivos, ansiedade devido à iminente exposição ao vírus e ao adoecimento e ao risco de transmissão aos familiares. Acompanhar sessões em grupos em que são compartilhadas angústias específicas foi imprescindível para conhecer de forma objetiva as implicações para a saúde mental a fim de oferecer o suporte emocional às demandas e aos sentimentos partilhados.

Outras questões quanto à busca de atendimentos públicos em saúde mental foram registradas no período de espera pelas pessoas idosas. Uma delas relacionada a pressão alta, relatada como motivo que impediu uma senhora de participar do atendimento de videochamada. Outra pessoa idosa passou a residir em Instituição de Longa Permanência (ILPI) para receber cuidados em suas necessidades básicas e ter acesso a serviços e recursos de saúde. Ainda, uma

terceira senhora relatou indisponibilidade de horário para o atendimento devido iniciar atividades em um novo emprego. Diante destas circunstâncias, recomenda-se a criação de ambientes inclusivos à integração das pessoas idosas para favorecer a sociabilidade e a qualidade de vida (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015).

A busca pelo atendimento em serviços públicos de saúde mental mostrou-se dirigida para os filhos, em alguns casos. Destaca-se o papel social das pessoas idosas no cuidado dos filhos e netos, a generatividade. Expressar a relação afetiva com filhos/as e netos/as é uma das características evidenciadas na maturidade (RODRIGUES *et al.*, 2018).

Outro motivo para a desistência do atendimento foram limitações tecnológicas. Em dois casos, as pessoas idosas demonstraram limitações com o uso do celular, principalmente o uso de aplicativos de comunicação ou de chamada de vídeo. Muitos buscaram auxílio de familiares e outros acabaram desistindo por falta de letramento digital. Percebe-se que algumas pessoas idosas podem se sentir incapazes de usar diferentes tipos de tecnologias, especialmente as que vivem em uma sociedade ocidental em que há uma visão mais estereotipada da velhice, compreendida como um período de vida permeado por decadência, limitações e improdutividade. Além do paradoxo de um crescente acesso dos adultos idosos a diversas tecnologias, por um lado, e um aumento da exclusão, por outro lado, destaca-se o uso das tecnologias como potencial para proporcionar uma vida mais autônoma, como também reportado em outros estudos (BIFANO; COSTA, 2017).

Por fim, outros motivos conduziram a desistência do atendimento por videochamada. A dificuldade auditiva, alia-

da à limitação em utilizar recursos dos dispositivos, fizeram com que algumas pessoas idosas não aceitassem o convite para seguir o acolhimento. Dificuldades auditivas comprometem a comunicação e podem vir a desencadear quadros de maior estresse, sintomas depressivos e frustração devido não conseguirem compreender e serem entendidos (BANSKOTA; HEALY; GOLDBERG, 2020).

Considerações finais

Ao descrever o processo de acolhimento às pessoas idosas em espera de atendimento em saúde mental, diante da COVID-19, identificando os motivos para a busca aos serviços, as circunstâncias que levaram a desistência de atendimento e ofertar serviços de atendimento *online*, verifica-se que as doenças crônicas, incluindo o enfrentamento ao câncer, foram os principais motivos que levaram estas pessoas a buscar atendimento psicológico. Ainda, para outras participantes, a vivência da pandemia de COVID-19 parece mobilizar sentimentos de solidão, depressão e medo favorecendo a busca aos serviços de saúde mental como um espaço de escuta de suas angústias.

Este estudo aponta diversos motivos que direcionam para a desistência do atendimento psicológico, destacando-se o tempo entre o momento do cadastro no serviço de saúde mental e a efetivação do atendimento. A pandemia de COVID-19 parece ter aumentado a demanda por profissionais de saúde mental ao mesmo tempo em que diversos serviços impuseram restrições à oferta de atendimento presencial, ocasionando no aumento do tempo de permanência em listas de espera. Aliado a esse fator, outras dificuldades tam-

bém foram encontradas pelas pessoas idosas e que, de alguma forma, impossibilitaram a realização de atendimento de forma *online*.

Contudo, o acolhimento *online* se mostra uma importante solução frente à pandemia de COVID-19, como um recurso protetivo às pessoas idosas, e deverá se expandir como alternativa para muitas pessoas. As possibilidades de atendimento remoto e de acesso à internet pode compensar dificuldades de locomoção, minimizar o tempo despendido em deslocamentos, diminuir gastos econômicos e favorecer indivíduos/famílias com baixa renda, potencializar assistência a pessoas que residem em áreas rurais e urbanas, denotando um vasto campo a ser explorado pela área da saúde mental.

Por fim, a principal limitação deste estudo é que os resultados não podem ser generalizáveis, para além da amostra estudada. Considerando o número restrito de participantes e as temáticas relevantes que permearam os objetivos desta pesquisa, o seguimento de novas pesquisas deve prosseguir. Para tanto, sugere-se esforços para reunir amostras mais representativas, de diferentes gêneros, com dados sociodemográficos e de saúde complementares.

Agradecimentos

O presente trabalho foi realizado com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de nível superior - BRASIL (CAPES) - Código de financiamento 001 e da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul – Brasil (FAPERGS, Processo nº 20/2551-0000261-6).

Referências

BANSKOTA, Swechya; HEALY, Margaret; GOLDBERG, Elizabeth M. 15 smartphone apps for older adults to use while in isolation during the Covid-19 pandemic. *Western Journal of Emergency Medicine*, v. 21, n. 3, p. 514–525, 2020.

BAUER, Magda Aline *et al.* Profile and prevalence of hearing complaints in the elderly. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, v. 83, n. 5, p. 523–529, Set 2017. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1808869416301458>. Acesso em: 20 set. 2021.

BIFANO, Amelia; COSTA, Eliamara. Idosos e tecnologia: uma pesquisa bibliográfica. *Estudos interdisciplinares sobre envelhecimento*, Porto Alegre, v. 22, n. 2, p. 113-131, 2017. <https://doi.org/10.22456/2316-2171.65329>

BRANDÃO, Carmen Lúcia Coutinho *et al.* A imagem corporal do idoso com câncer atendido no ambulatório de cuidados paliativos do ICHC- FMUSP. *Revista de Psicologia Hospitalar* (São Paulo), v. 2, n. 2, p. 1–16, 2004. Disponível em: <http://www.cepsic.org.br/revista/3/Artigos/v2n2a07.htm>. Acesso em: 10 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Brasília, 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humaniza-sus_2004.pdf. Acesso em: 15 set. 2021.

CANALI, Analise Lasari Peres; SCORTEGAGNA, Silvana Alba. Agravos à saúde mental de pessoas idosas frente a COVID-19. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 7, p. e50210716947, 30 jun. 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/16947>. Acesso em: 20 ago. 2021.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE PERNAMBUCO (CREMEPE). *Dores de um luto sem despedida*, 2020. Disponível em <https://www.cremepe.org.br/2020/05/25/dores-de-um-luto-sem-despedida/>. Acesso em: 9 set. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Resolução Nº 004, de 26 de março de 2020*. Dispõe sobre regulamentação de serviços psicológicos prestados por meio de Tecnologia da Informação e da Comunicação durante a pandemia do COVID-19. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2020. Disponível em: <https://atosoficiais.com.br/cfp/resolucao-do-exercicio-profissional-n-4-2020-dispoe-sobre-regulamentacao>

-de-servicos-psicologicos-prestados-por-meio-de-tecnologia-da-informacao-e-da-comunicacao-durante-a-pandemia-do-covid-19?origin=instituicao&q=04/2020. Acesso em: 20 set. 2021.

DIEHL, Isabela Colussi *et al.* Efeitos da pandemia do COVID-19 na saúde mental de adultos idosos. *In: Anais do V Congresso Internacional de Estudos do Envelhecimento Humano*. Passo Fundo: Universidade de Passo Fundo, 2020. p.123-126.

GOODMAN-CASANOVA, Jessica Marian *et al.* Telehealth home support during COVID-19 confinement for community-dwelling older adults with mild cognitive impairment or mild dementia: Survey study. *Journal of Medical Internet Research*, v. 22, n. 5, p. 1-13, 2020. <https://doi.org/10.2196/19434>

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). *Câncer de Laringe*, 2021. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-laringe>. Acesso em: 15 set. 2021.

LOSCH, Maria Augusta; SCORTEGAGNA, Silvana Alba. Suporte em Saúde Mental Online diante da COVID – 19. Relato de uma experiência clínica. *VIII Semana do Conhecimento - A transversalidade da ciência e da tecnologia e inovação na solução dos problemas globais*. Universidade de Passo Fundo. 2021.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. *Metodologia científica*. 7. ed. São Paulo, 2017.

MOURA, Andréia Cássia de *et al.* Acceptance and use of technology by older adults for choosing a tour-ism destination: a study using UTAUT2. *Revista Brasileira de Pesquisa em Turismo*, v. 11, n. 2, p. 239-269, 2017. <https://doi.org/10.7784/rbtur.v11i2.1277>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Folha informativa – COVID-19*. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875. Acesso em: 25 jun. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde*. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2015. Disponível em: <https://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/en/>. Acesso em: 21 set. 2021.

RODRIGUES, Larissa Silva de Abreu *et al.* Centralidade de vínculos familiares na experiência de mulheres de meia-idade. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 55, e03734, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020020503734>. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020020503734>

ROVANI, Vanessa Fontana *et al.* Sintomas Depressivos em Pessoas Idosas Durante Pandemia de COVID-19. In: *CONCIEN - I Congresso Nacional em Ciências do Envelhecimento: desafios da contemporaneidade*. São Paulo: Universidade São Judas, 2021.

SCHMIDT, Beatriz *et al.* Saúde mental e intervenções psicológicas diante da pandemia do novo coronavírus (COVID-19). *Estudos de Psicologia* (Campinas), v. 37, e200063, 2020. <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200063>

SCORTEGAGNA, Silvana Alba; LIMA, Eduardo dos Santos. *Avaliação da saúde mental de adultos idosos na COVID-19 e recursos empregados*. No prelo. 2021.

SECCHI, Álisson *et al.* Intervenções on-line em saúde mental em tempos de COVID-19: Revisão sistemática. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, v. 23, n. 1, p. 167, 2021. Disponível em: https://rbp.celg.org.br/audiencia_pdf.asp?aid2=371&nomeArquivo=v23n1a14.pdf. Acesso em: 21 set 2021.

SOUTO, Jéssica Faria; OLIVEIRA, Ronny Kurashiki. Envelhecimento bem-sucedido e estratégias de seleção, otimização e compensação em idosos com câncer. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, v. 22, n. 2, p. 170-188, 2019. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v22n2/v22n2a10.pdf>. Acesso em: 13 set. 2021.

6

Equoterapia e sua importância no viver-envelhecer dos indivíduos com transtorno do espectro autista

Paulo Cezar Mello

Helenice de Moura Scortegagna

Cristina Fioreze

Introdução

O transtorno do espectro autista (TEA) é um transtorno do neurodesenvolvimento que tem início na infância e revela como principal característica a presença de dificuldades na linguagem/comunicação, na interação social e no comportamento. O TEA pode ser entendido como um conjunto de distúrbios de desenvolvimento neurológico que se caracteriza pelo comprometimento das habilidades sociais e de comunicação, além de comportamentos estereotipados (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2019).

Embora sejam esses os principais sinais, o fenótipo dos pacientes com TEA pode variar muito, abrangendo desde indivíduos com deficiência intelectual (DI) grave e baixo desempenho em habilidades comportamentais adaptativas até

indivíduos com quociente de inteligência (QI) normal, que levam uma vida independente. Esses indivíduos também podem apresentar uma série de outras comorbidades, como hiperatividade, distúrbios de sono e gastrintestinais e epilepsia (ZAFEIRIOU; VERVERI; VARGIAMI, 2007).

A variedade de terapias voltadas para o tratamento de indivíduos com TEA se deve às diversas características que cada uma delas abrange e à grande diferenciação na apresentação dos casos. Dentre as alternativas terapêuticas, a terapia assistida por animais, por meio da equoterapia, tem auxiliado tanto pela variedade de estímulos que o cavalo promove quanto por sua função cinesioterapêutica. Nesse sentido, este capítulo objetiva refletir acerca da importância da equoterapia no viver-envelhecer dos indivíduos com TEA.

A reflexão proposta parte do projeto de extensão universitária em equoterapia e está estruturada de modo a apresentar inicialmente o arcabouço teórico sobre o TEA, o cuidado e o processo do viver-envelhecer, para, na sequência, fazer um breve relato do projeto de extensão universitária pertencente a Universidade de Passo Fundo.

Equoterapia

De acordo com a Associação Nacional de Equoterapia (ANDE/BRASIL, 2009), essa técnica consiste em um método terapêutico e educacional que utiliza o cavalo dentro de uma abordagem interdisciplinar, nas áreas de saúde, equitação e educação, buscando o desenvolvimento biopsicossocial de indivíduos com deficiência e/ou necessidades especiais.

A equoterapia se define, portanto, pelo uso do cavalo na reabilitação física do indivíduo com TEA, que é estimulada

em decorrência do movimento ritmado, repetitivo e simétrico que a técnica proporciona. O movimento realizado pelo cavalo é semelhante ao que um indivíduo realiza ao andar, o que favorece um trabalho de conhecimento do próprio corpo, na medida em que exige a sua total participação, possibilitando melhorar a coordenação física, a postura, o ritmo, o equilíbrio, a flexibilidade, o tônus muscular e a autoaceitação. Por meio do contato cavalo-paciente, é possível trabalhar aspectos como afetividade, autoconfiança e até mesmo a criatividade, desenvolvendo-se atividades físicas, psicológicas, de aprendizagem e afetivas, de modo a facilitar a reintegração social do paciente (BRASIL, 2000).

Bona e Mello (2015) acrescentam que, no decorrer das intervenções equoterápicas, tem sido possível observar desenvolvimento neuropsicomotor com significativa melhora na coordenação, no ritmo, no equilíbrio, na autoconfiança, nos cuidados com a postura em situação de montaria, além de facilidade na realização dos movimentos. Aspectos relativos à autoimagem e autoconfiança vêm sendo igualmente observados em situações de sucesso na realização de movimentos mais complexos.

O comprometimento cognitivo e a dependência de cuidados diários, frequentes na maioria dos casos de indivíduos com TEA, revelam a necessidade de cuidado ao longo de suas vidas. Assim, cabe desenvolver estratégias terapêuticas, de modo acolhedor e humanizado, direcionando suas ações ao desenvolvimento de funcionalidades e à compensação de limitações funcionais, como também à prevenção ou ao retardo de possível deterioração das capacidades funcionais. Tais ações são direcionadas por meio de processos de habilitação e reabilitação focados nas dimensões cognitivas

e de linguagem oral, escrita e não verbal, na condição de vetores básicos à circulação e à pertença social dos indivíduos (TEIXEIRA et al., 2010).

Considerando a cronicidade do transtorno, as necessidades especiais dessa população e o fato de que pouco se discute, seja em meio científico ou não, sobre a longevidade e o envelhecimento desses indivíduos, esta exposição está centrada na arguição do cuidado no viver-envelhecer, tendo como aporte a equoterapia para indivíduos com TEA. Assim, como suporte para difundir a temática, este capítulo elege um projeto de extensão universitária com uma abordagem multiprofissional, ao contar com a contribuição de acadêmicos estagiários dos seguintes cursos de graduação da área da saúde: Educação Física, Enfermagem, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Medicina Veterinária e Psicologia. A equipe multiprofissional é de extrema relevância para o alcance do objetivo principal do projeto, na busca da melhora progressiva da qualidade de vida do praticante da equoterapia, definindo-se as intervenções e condutas em conjunto e com o envolvimento da família.

Histórico e definição do transtorno do espectro autista

A palavra “autismo” foi cunhada na literatura médica por Eugen Bleuler, em 1911, para classificar indivíduos que apresentavam dificuldades na comunicação e interação social com tendência ao isolamento (PEREIRA, 2009). Historicamente, as primeiras publicações sobre o tema são dos psiquiatras infantis Hans Asperger e Leo Kanner, ambos respaldados nos casos que observavam, juntamente com suas

suposições teóricas a respeito da desconhecida síndrome (ONZI; GOMES, 2015).

Em 1943, Asperger e Kanner descreveram, pela primeira vez, o autismo como uma patologia da infância, partindo de onze observações. Também notaram que crianças autistas vinham de famílias inteligentes e, em termos de comportamento, classificaram os pais/mães como distantes e pouco calorosos, insinuando uma relação entre a frieza destes e os problemas sociais dos filhos. Para os autores, o estabelecimento do laço afetivo da criança autista com o outro parecia improvável, ou mesmo impossível, por se tratar de uma incapacidade inata (apud ONZI; GOMES, 2015).

Um marco na classificação desse transtorno ocorreu em 1978, quando Michael Rutter (apud KLIM, 2006) propôs uma definição do autismo com base em quatro critérios: 1) atraso e desvio sociais, não só em razão de retardo mental; 2) problemas de comunicação, novamente, não só em função de retardo mental associado; 3) comportamentos inco-muns, tais como movimentos estereotipados e maneirismos; e 4) início antes dos 30 meses de idade.

As contribuições de Rutter e o crescente corpo de trabalhos sobre o autismo influenciaram a inclusão dessa condição no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), em 1980, quando, pela primeira vez, o autismo foi reconhecido e colocado em uma nova classe de transtornos, a saber: os transtornos invasivos do desenvolvimento (TIDs). O termo “TID” foi escolhido para refletir o fato de que múltiplas áreas de funcionamento são afetadas no autismo e nas condições a ele relacionadas (KLIM, 2006).

Na década de 1980, chegou-se a um consenso quanto à concepção do autismo como uma síndrome comportamen-

tal que afeta uma ampla gama de áreas do desenvolvimento cognitivo e afetivo, julgando-o um distúrbio generalizado de desenvolvimento, coletado pelas diferentes classificações nosológicas (BALBUENA, 2007).

O conceito de autismo infantil (AI), portanto, foi se modificando desde a sua descrição inicial e passou a ser agrupado em um contínuo de condições com as quais guarda várias similaridades, que passaram a ser denominadas de “transtornos globais (ou invasivos) do desenvolvimento” (TGD). Mais recentemente, “transtorno do espectro autista” foi a denominação adotada para abarcar uma parte dos TGDs: o autismo, a síndrome de Asperger e o transtorno global do desenvolvimento sem outra especificação (portanto, não incluindo a síndrome de Rett e o transtorno desintegrativo da infância (BRASIL, 2015).

O termo “espectro” está associado a níveis e dimensões de variabilidade na manifestação dos sintomas do autismo, bem como ao grau de comprometimento no comportamento adaptativo do indivíduo. Cabe referir, nesse sentido, que muitos indivíduos com TEA também apresentam comprometimento intelectual e da linguagem (APA, 2014).

Segundo o DSM-5, o TEA é entendido como um transtorno do neurodesenvolvimento e pode ser definido da seguinte forma:

O transtorno do espectro autista caracteriza-se por déficits persistentes na comunicação social e na interação social em múltiplos contextos, incluindo déficits na reciprocidade social, em comportamentos não verbais de comunicação usados para interação social e em habilidades para desenvolver, manter e compreender relacionamentos. Além dos déficits na comunicação social, o diagnóstico do transtorno do espectro autista requer a presença de padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades (APA, 2014, p. 31).

O TEA não é um transtorno degenerativo, sendo comum que a aprendizagem e as compensações individuais continuem ao longo dos anos. Os sintomas são frequentemente mais acentuados na primeira infância e nas primeiras fases da vida escolar. Havendo intervenção terapêutica ou compensação pessoal, as dificuldades podem ser amenizadas em alguns contextos, mas permanecem suficientes para causar prejuízos em áreas importantes na vida do indivíduo (APA, 2014). Porém, assim como os sintomas, que geralmente persistem pela vida toda, o prognóstico do TEA é extremamente variável, e, dessa maneira, o processo de viver-envelhecer do indivíduo com esse transtorno requer maiores cuidados.

Relação com o cuidado

Nas palavras de Boff (1999, p. 12), “cuidar é mais que um ato; é uma atitude e abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro”. Ou seja, para o autor, cuidado significa desvelo, solicitude, diligência, zelo, atenção, bom trato. Trata-se, como se depreende, de uma atitude fundamental.

Complementando a ideia, Silva et al. (2005) afirmam que saber cuidar implica aprender a cuidar de si e do outro, tendo sempre noção da realidade, de possibilidades e de limitações. Antes de sonhar eternamente com um mundo por vir, sonhemos com uma sociedade onde os valores se estruturam e se constroem ao redor do cuidado com as pessoas, sobretudo, considerando diferentes culturas, saberes, ideias;

com o planeta em que vivemos e com as questões que envolvem este viver em relação de cuidado uns com os outros.

Na percepção de Maia Filho et al. (2016), o diagnóstico de um filho com TEA altera os sonhos e as expectativas dos pais/mães e da família. Essas expectativas, quando não satisfeitas, acabam gerando ansiedade, levando os familiares a atravessar diferentes momentos, como a aceitação, a rejeição, a esperança e a angústia.

Esses desafios são apresentados à família justamente porque é ela o principal microssistema em que o indivíduo em desenvolvimento estabelece relações significativas e estáveis (BRONFENBRENNER; MORRIS, 2006). Os pais/mães, além de prestadores de cuidados, modelos, disciplinadores e promotores da socialização dos filhos, assumem posição central no que se refere à estimulação para favorecer o seu desenvolvimento.

Frente às dificuldades associadas aos cuidados continuados junto aos indivíduos com autismo, estudos têm demonstrado a existência de altos níveis de estresse parental (BOSA, 2006). Conforme Bosa (2006), a sobrecarga de tarefas, como, por exemplo, os cuidados com o indivíduo com TEA, as responsabilidades com consultas e com a casa, a demora na lista de espera para atendimentos, as despesas com diversos profissionais, o pouco espaço para cuidados pessoais e das suas outras relações são aspectos frequentemente presentes nos relatos dessas famílias, mostrando a necessidade de intervenções que levem em consideração toda a unidade familiar. Conviver com o autismo pode representar para a família uma tarefa difícil, uma vez que o processo viver-envelhecer vem carregado de mudanças comportamentais.

Processo de viver-envelhecer

O envelhecimento é um processo marcado por alterações biológicas, psicológicas e sociais que refletem no comportamento da pessoa, no tipo de atividades que mantém, bem como nas suas interações sociais. Ocorre ao longo do tempo, progressivamente, variando de um indivíduo para o outro, pois se sabe que as pessoas não envelhecem todas da mesma forma. Assim, o envelhecimento pode ser definido como um processo marcado por modificações no nível de desenvolvimento funcional, psicológico, morfológico e biológico que surgem como consequência da passagem do tempo, refletindo-se no comportamento, nas capacidades intelectuais, na atividade física e nas interações sociais do indivíduo (CASTRO, 2007; LOPES, 2010).

Na sociedade atual, o envelhecimento tem sido considerado um importante fenômeno social, devido ao aumento da longevidade e à concomitante redução da taxa de natalidade, levando, conseqüentemente, ao aumento da população idosa e da longevidade (LOPES, 2010). De acordo com projeções das Nações Unidas, uma em cada nove indivíduos no mundo tem 60 anos ou mais, e estima-se um crescimento para uma em cada cinco por volta de 2050. Projeta-se que, em 2050, pela primeira vez, haverá mais idosos do que crianças menores de 15 anos (IBGE, 2020). Em 2012, eram 810 milhões de indivíduos com 60 anos ou mais, constituindo 11,5% da população global. Estima-se que esse número alcance um bilhão em menos de dez anos e mais que duplique em 2050, chegando a 2 bilhões de indivíduos ou 22% da população global (IBGE, 2020).

O crescimento demográfico da população idosa e o aumento da expectativa de vida são fenômenos globais. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), cerca de 70 milhões de indivíduos no mundo apresentam TEA. No Brasil, compreende-se que, diante da longevidade da população em geral, indivíduos com esse transtorno também estão vivendo mais. Em nosso país, estimam-se 2 milhões de casos de TEA, metade ainda não diagnosticada. Desses indivíduos, somente 20% têm vidas independentes ou parcialmente independentes, e uma em cada cinco está em tratamento psiquiátrico ou psicológico (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2019).

Indivíduos com TEA já têm uma expectativa de vida que ultrapassa 60 anos e estima-se que, nos próximos 10 anos, sua longevidade se aproxime da média da expectativa de vida da população em geral, que hoje corresponde a 72,7 anos (PORTELLA; COLUSSI; GIRARDI, 2015). Para esses indivíduos, um desafio particular é o fato de que, em geral, apresentam problemas de saúde ligados ao envelhecimento, e, apesar do panorama bem descrito da infância do indivíduo com TEA, a sua velhice é marcada pela prevalência de comorbidades associadas a transtorno de linguagem, alterações sensoriais, déficits nas funções executivas e de atenção, transtornos gastrointestinais, epilepsias, transtorno bipolar e ansiedade. Essas alterações impactam de maneira direta no envelhecimento do indivíduo com autismo, requerendo planejamento no atendimento, avaliação, intervenção precoce e cuidado (SILVA, 2017).

De modo geral, sabe-se que, devido à sua condição, idosos com TEA apresentam algumas características que demandam atenção e serviços especializados. Essa população

pode ter um decréscimo em sua qualidade de vida, resultante dos efeitos naturais do envelhecimento, do tratamento, do próprio transtorno e do estilo de vida adotado, assim como em decorrência do acesso limitado a cuidados de saúde de qualidade, visto que falta financiamento para intervenções apropriadas (SILVA, 2017).

O envelhecimento dos indivíduos com TEA merece um olhar atento, não apenas pelos efeitos da passagem do tempo, mas, sobretudo, pela necessidade de atenção às necessidades desse grupo de indivíduos com o avanço dos anos. O processo de envelhecimento desses indivíduos ainda está vinculado a preconceitos e estigmas e nem sempre é compreendido em sua universalidade, que requer maiores e melhores cuidados (PORTELLA; COLUSSI; GIRARDI, 2015).

Contextualização histórica do projeto de extensão universitária em educação equoterapêutica

A oferta de atividades equoterápicas à comunidade municipal e regional teve por base o objetivo de propor respostas a demandas de cuidado e atenção aos indivíduos com TEA a partir de um projeto de extensão da Universidade de Passo Fundo (UPF), universidade comunitária do norte do estado do RS. As universidades comunitárias, instituições sem fins lucrativos, têm entre seus propósitos contribuir para o desenvolvimento da comunidade regional por meio do ensino, da pesquisa e da extensão (SCHIMIDT, 2008). Nessa perspectiva, de acordo com os dados e protocolos descritos por Vieira e Baggio (2012), um grupo de professores e acadêmicos dos cursos de Educação Física e Medicina Veterinária toma-

ram a iniciativa de examinar possibilidades e criar condições para a implantação de atividades de equoterapia por meio da extensão da universidade. Como parte do planejamento e dos encaminhamentos, houve contato com instituições cujos interesses convergiam na mesma direção, com a intenção de obter apoio e conhecimentos necessários para viabilizar o projeto, como está ilustrado no fluxograma abaixo.

Figura 1 – Fluxograma para ilustrar a evolução do projeto extensionista educação equoterapêutica no decorrer dos anos.



Fonte: Próprio autor, 2021.

Entretanto, a primeira experiência, relativa ao treinamento de recursos humanos para atuar com indivíduos deficientes em atividades de equoterapia, teve início em julho de 2003. Os participantes eram acadêmicos do curso de Pedagogia (habilitação em Educação Especial) da Faculdade de Educação da UPF. Naquela oportunidade, para dotar as atividades de maior consistência pedagógica, houve a participação de um grupo de indivíduos cegos, ligadas à Associa-

ção de Cegos (APACE), e alunos da Escola Municipal de Autistas Prof^ª. Olga Caetano Dias de Passo Fundo. Também foram convidados para colaborar com o projeto um grupo de adolescentes internos do Centro de Atendimento Socioeducativo (CASE), os quais já integravam outros projetos desenvolvidos pela instituição de ensino superior (IES).

Portanto, em janeiro de 2005, estabeleceu-se convênios e parcerias com diversas entidades civis e governamentais no município, possibilitando assim, ampliar as atividades equoterápicas, como nos mostra o diagrama abaixo:

Figura 2 – Diagrama das parcerias externas do projeto extensionista educação equoterápica ao longo do tempo.



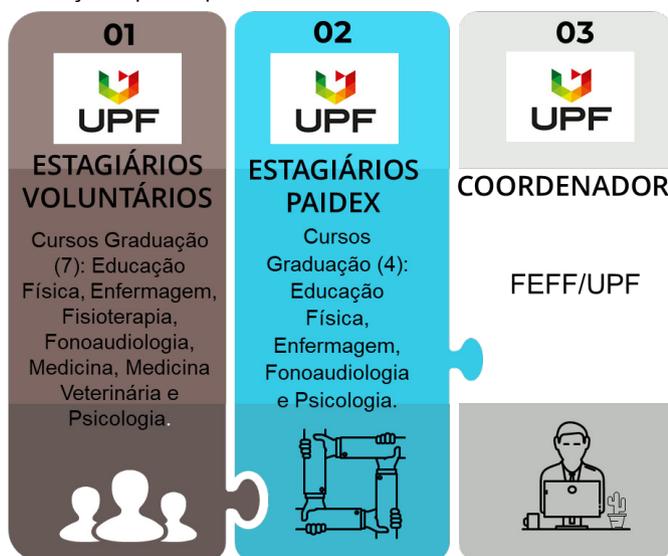
Fonte: Próprio autor, 2021.

A partir de então, as aulas/sessões passaram a ser desenvolvidas em sede campestre, onde foram disponibilizadas instalações, baias para alojamento dos animais e pavilhão para reuniões, permitindo o desenvolvimento contínuo das atividades equoterápicas, independentemente das condições climáticas.

As repercussões das experiências realizadas foram importantes elementos para alavancar a ideia e consolidar o

Projeto de Equoterapia nascido no âmbito acadêmico da universidade. Para considerar a relevância das atividades, foram estabelecidos alguns critérios: a) a participação e assiduidade dos indivíduos com deficiência e dos estagiários dos cursos de graduação em Educação Física, Enfermagem, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Medicina Veterinária e Psicologia, bem como o auxílio de professor da instituição; b) a participação e os depoimentos dos adolescentes e da coordenação psicopedagógica do CASE; c) aspectos específicos relativos ao ajustamento e desenvolvimento psicomotor, além de aspectos gerais relativos aos comportamentos sociais dos participantes do projeto. Como nos demonstra o diagrama da figura 3, relativo aos apoiadores internos para e efetivação do projeto Educação Equoterapêutica da UPF.

Figura 3 – Apoio interno para a viabilização do projeto de extensão educação equoterapêutica.



Fonte: Próprio autor, 2021.

Portanto, o projeto se efetiva, contando com o auxílio de seis acadêmicas estagiárias bolsistas paidex e, em média, 40 acadêmicos estagiários voluntários dos diversos cursos de graduação da área da saúde e educação da UPF. Ressalta-se, ainda, a contribuição dos adolescentes do CASE na condução dos equinos para a realização das atividades práticas nas dependências da Fazenda da Brigada Militar.

O Projeto de Extensão em Equoterapia tem se destacado em virtude dos atendimentos prestados a crianças, adolescentes e adultos com deficiência, em sua maioria de baixa renda, graças à parceria que mantém com a AUMA, a Escola Municipal de Autistas, o 3º RPMon/Brigada Militar e o CASE, neste último caso, possibilitando uma reeducação com os menores em conflitos com a lei e privados de liberdade (vulnerabilidade social).

O projeto também é um campo fértil de pesquisa e extensão para os acadêmicos estagiários bolsistas e voluntários, com ampla troca de conhecimentos adquiridos nas atividades práticas. Ao longo dessa trajetória, foram apresentados trabalhos acadêmicos e científicos, nos quais os estudantes envolvidos demonstram ganho de conhecimento ao aprenderem a lidar e criar metodologias de trabalho adequadas às características dos participantes.

Importante destacar que, no início das atividades, trabalhava-se com uma pluralidade de necessidades especiais dos indivíduos praticantes. No entanto, no decorrer da experiência desenvolvida no território da equoterapia, a ênfase foi sendo direcionada, sem maiores pretensões, para dois grupos específicos. Atualmente, são atendidos três grandes grupos: indivíduos com TEA, com comprometimento neuro-

motor e com paralisia cerebral. Por um lado, a diversidade se perdeu, em certa medida, diminuindo a interação entre os diferentes; por outro, ganhou-se em conhecimento nessas áreas específicas. Avalia-se que o projeto tem se revelado de suma importância para os indivíduos que necessitam dessa terapia, cuja falta pode gerar situações desconfortáveis à sua qualidade de vida.

Corroborando nesta situação, o trabalho realizado pela equipe do Projeto de Extensão Educação Equoterapêutica, teve inúmeros reconhecimentos e prêmios, tanto a nível estadual quanto municipal, quando foi homenageado pela relevância social realizada junto a essa população. Isso está reforçado na figura 4.

Figura 4 – Prêmios do projeto extensionista educação equoterapêutica.



Fonte: Próprio autor, 2021.

Diante do exposto, a coordenação do projeto e seus colaboradores concentram esforços, permanentemente, em busca de condições apropriadas para continuidade e ampliação das atividades, tendo em vista o grande número de indivíduos no município e na região interessadas em participar.

Considerações finais

Na equoterapia, o estímulo vem do ambiente, oriundo das atividades propostas, além da proximidade propriamente dita com o cavalo. A equipe multidisciplinar, formada por acadêmicos estagiários dos cursos de graduação em Educação Física, Enfermagem, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Medicina Veterinária e Psicologia, proporciona aos praticantes sensações totalmente inusitadas, permitindo que a espontaneidade aflore, aumentando a autoestima e a autoconfiança dos indivíduos atendidos. Amparados nos conhecimentos adquiridos em seus cursos, os estagiários trabalham as necessidades e dificuldades de cada participante, conscientes de que são específicas e variáveis.

A relevância social do projeto está no auxílio aos praticantes com TEA, proporcionando benefícios, principalmente, nas alterações motoras, devido ao contato intenso com o cavalo, que reflete na melhora do equilíbrio, nos ajustes posturais, na coordenação, na regulação do tônus, no fortalecimento muscular e na estimulação sensorial. Os ganhos também são percebidos em termos da interação social favorecida pelo ambiente e pelo contato com a equipe extensionista. Além disso, evidencia-se que a equoterapia é importante para o tratamento de diversas patologias, tanto em crianças quanto em idosos com TEA, melhorando tanto o desenvolvimento mental quanto o físico, a fim de que se descubram e redescubram o mundo ao seu redor. Por fim, acredita-se que a equoterapia contribui para uma educação inclusiva do autista, pois, ao desenvolver aspectos sociais e de convívio no projeto, ele se torna mais interativo, inclusive no ambiente escolar.

Nesse sentido, é oportuno ressaltar a importância científica de discutir o processo de viver-envelhecer do indivíduo com TEA, uma vez que ela precisa manter hábitos e estilo de vida que promovam um envelhecimento saudável, não apenas no que se refere à ausência de doenças, mas também à manutenção das condições de autonomia e de funcionalidade. Levando em consideração as diversas mudanças orgânicas, físicas e psicossociais decorrentes do processo de envelhecimento humano, abordagens específicas são imprescindíveis para que tal evolução se dê de maneira saudável em cada fase envolvida, e, nesse aspecto, renova-se a importância da equoterapia no cuidado com o indivíduo com TEA.

Referências

- ANDE/BRASIL. Fundamentos básicos sobre equoterapia. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EQUOTERAPIA, 1., 2009, Brasília, DF. *Coletânea de trabalhos*. Brasília, DF: ANDE/BRASIL, 1999. p. 13-16.
- APA. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5*. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- BALBUENA, R. F. Breve revisión histórica del autismo. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, Madrid, v. 27, n. 2, p. 61-81, 2007.
- BOFF, L. *Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela Terra*. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 1999.
- BONA, C. C; MELLO, P. C. Intervenções práticas psicomotoras de pessoas com TEA por meio dos projetos de extensão da FEF/UPF. In: PIEROZAN, M.; YOUNES, S.; BARELLI, C. (Org.). *Filhos autistas*. Passo Fundo: Saluz, 2015. p. 53-71.
- BOSA, C. Autismo: intervenções psicoeducacionais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 28, n. 1, p. 47-53, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Autismo: orientação aos pais*. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. *Construções e comentários sobre os documentos: Linha de Cuidado para a Atenção das Pessoas com Espectro Autista e suas Famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde/SUS e Diretrizes de Atenção à Reabilitação de pessoas com Transtorno do Espectro do Autista (TEA)*. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRONFENBRENNER, U. A.; MORRIS, P. A. *Ecologia do desenvolvimento humano*. Tradução de M. A. V. Veronese. Porto Alegre: Artes Médicas, 2006.

CASTRO, C. M. V. *Representações sociais dos enfermeiros face ao idoso em contexto de prestação de cuidados*. 2007. Dissertação (Mestrado em Comunicação em Saúde) – Universidade Aberta, Lisboa, 2007.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. *Transtorno do Espectro Autista precisa de mais visibilidade, afirmam conselheiros de saúde*. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/171-transtorno-do-espectro-autista-precisa-de-mais-visibilidade-afirmam-conselheiros-de-saude>>. Acesso em: 10 abr. 2020.

IBGE. *Projeções da população: Brasil e Unidades da Federação*. 2020. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2101597>>. Acesso em: 10 abr. 2020.

KLIM, A. Autismo e síndrome de Asperger: uma visão geral. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 28, supl. 1, p. s3-s11, maio 2006.

LOPES, M. G. *Imagens e estereótipos de idoso e envelhecimento, em idosos institucionalizados e não institucionalizados*. 2010. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade da Beira Interior, Covilhã, 2010. Disponível em: <<https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/2500/1/Capa.pdf>>. Acesso em: 23 jul. 2021.

MAIA FILHO, A. L. M. et al. The importance of the family in the care of autistic children. *Saúde em Foco*, v. 3, n. 1, p. 66-83, 2016.

ONZI, F. Z.; GOMES, R. Transtorno do Espectro Autista: a importância do diagnóstico e reabilitação. *Revista Caderno Pedagógico*, v. 12, n. 3, p. 188-199, 2015.

PEREIRA, M. C. L. *Pais de alunos autistas: relatos de expectativas, experiências e concepções em inclusão escolar*. 2009. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Católica de Brasília, Brasília, 2009.

PORTELLA, M. R.; COLUSSI, E. L.; GIRARDI, M. Percepções de envelhecimento e velhice entre adultos com Deficiência Intelectual. *Revista Deficiência Intelectual*, n. 9, p. 3-10, 2015.

SCHIMIDT, J. P. O caráter público não-estatal da universidade comunitária: aspectos conceituais e jurídicos. *Revista do Direito*, n. 29, p. 44-46, 2008.

SILVA, C. L. *Vida adulta e envelhecimento com TEA: tratamento, prognóstico e dificuldades segundo profissionais*. 2017. Dissertação (Mestrado) – Universidade São Judas Tadeu, São Paulo, 2017.

SILVA, L. W. S. et al. O cuidado na perspectiva de Leonardo Boff, uma personalidade a ser (re)descoberta na enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 58, n. 4, p. 471-475, ago. 2005.

TEIXEIRA, M. C. V. et al. Literatura científica brasileira sobre transtornos do espectro autista. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v. 56, n. 5, p. 607-614, 2010.

VIEIRA, P. S.; BAGGIO, A (org.). *Educação Equoterapêutica*. 1ª ed. Curitiba, PR. Editora CRV. 2012.

ZAFEIRIOU, D. I.; VERVERI, A.; VARGIAMI, E. Childhood autism and associated comorbidities. *Brain Dev Review*, v. 29, n. 5, p. 257-72, 2007.

7

Paciente idoso oncológico: reações de medo diante da contaminação da Covid-19

*Paola Pereira dos Santos Soranzo
Suraia Estacia Ambros*

Introdução

No ano de 2019 foram observados múltiplos casos de pneumonia que inicialmente foram identificados como um novo coronavírus. Espalhando rapidamente, causaram uma epidemia de infecção aguda respiratória que foi nomeada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como doença pelo coronavírus 2019 (*coronavirus disease 2019* - Covid 19). Os coronavírus (Cov) são vírus de RNA que causam infecções respiratórias em humanos e animais, são classificados como alpha-coronavírus 229E e NL63 e beta-coronavírus OC43 HKU1, tal qual categorizado o novo coronavírus que possui capacidade de infecção em humanos, morcegos e outros animais selvagens (COSTA et al., 2020). Os sintomas mais frequentes são: febre (83%), tosse (82%), falta de ar (31%), dor muscular (11%), confusão (9%), dor de cabeça

(8%), dor de garganta (5%), rinorreia (4%), dor no peito (2%), diarreia (2%) e náusea vômito (1%) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

Considerando que em torno de 80% dos infectados são assintomáticos, imunossuprimidos, são pessoas idosas portadores de doenças crônicas, é importante destacar que o câncer está dentre as doenças crônicas mais passíveis de complicações graves da síndrome respiratória, com evolução para a síndrome da disfunção múltipla de órgãos (FERREIRA et al., 2020). O câncer pode ser compreendido como um conjunto de doenças que têm em comum a proliferação descontrolada de células anormais, que invadem tecidos e órgãos, podendo espalhar-se para diversas partes do corpo, causando as metástases (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER - INCA, 2017). Trata-se de um total de mais de 100 doenças, que variam de acordo com o tipo de célula do corpo da qual atingem.

A incidência e a morte decorrente do câncer vêm aumentando no mundo, em parte devido ao envelhecimento humano, crescimento populacional e prevalência dos fatores de risco para o câncer (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES, 2020). Em 2015 o câncer foi responsável por 290.780 (16,6%) óbitos, sendo desses 68,4% ocorreram em pessoas de 60 anos ou mais, tal qual se constituiu como o grupo com maior número de mortes por neoplasias. Nesse mesmo sentido, os dados da Covid-19 apontam também que em pessoas com 80 anos ou mais, 14,8% dos infectados morreram, comparado a 8,0% entre os idosos de 70 a 79 anos e 8,8% entre aqueles de 60 a 69 anos (BARBOSA et al., 2020).

Após a chegada da Covid-19 no Brasil, algumas medidas foram instituídas a fim de prevenir e controlar a doença. O isolamento social entre os idosos e principalmente entre aqueles com morbidades é visto como “séria preocupação de saúde pública” em questões físicas e emocionais. A ameaça real, exacerbada pelas fragilidades causadas pelo câncer, pode causar medo constante, situações de estresse e pressão psicológica que pode levar à depressão significativa (COSTA et al., 2020).

Um dos fatores que também podem contribuir para o aumento da ansiedade é a mídia, ao apresentar, persistentemente, relatos de pacientes que necessitam de ventiladores mecânicos, geralmente idosos, por serem a maioria dos acometidos, podendo favorecer a morte (COSTA et al., 2020). Nesse contexto brasileiro, consideramos também como grande fonte de estresse as falsas informações referentes à transmissão do vírus, seu período de incubação, seu alcance geográfico, número de infectados, e taxa de mortalidade real. Outro ponto importante a ser considerado são as falsas notícias sobre imunização.

No Brasil, o Programa Nacional de Imunizações (PNI) apresenta cobertura de 90% sendo a maioria das imunizações realizadas na rede pública (MIZUTA et al., 2018). Definida como “imunidade coletiva”, a realização de imunização em massa proporciona além da proteção individual, a eliminação da circulação dos agentes infecciosos no meio e proteção indireta de pessoas suscetíveis, como idosos e imunocomprometidos (COUTO et al., 2021).

Apesar de ser um investimento de saúde com excelente custo x efetividade, evitar milhões de mortes por ano e aumentar a expectativa de vida, as desinformações, mitos, ausência de memória de gravidade de epidemias anteriores,

ideologias filosóficas podem gerar o que a OMS (Organização Mundial da Saúde) define como, indecisão vacinal. Esta recusa, coloca em risco o controle de doenças infecciosas e a melhoria das condições de vida da população.

Durante as pandemias é comum que a atenção se volte predominantemente no patógeno e no risco biológico, em um esforço de estabelecer medidas de prevenção, contenção e tratamento da doença. O que leva a deixar em segundo plano as exposições a riscos sociais e psicológicos, tanto no âmbito individual ou coletivo, gerando lacunas de estratégias de enfrentamento e aumentando a carga de doenças associadas (ORNELL et al., 2020).

Diante do exposto percebeu-se a necessidade de compreender o impacto emocional ocasionado pelo contexto da Covid-19 somado ao enfrentamento do câncer, e o quanto a mídia e a vacinação interferem nas sensações de fragilidade diante da doença. Os resultados deste estudo visam subsidiar o futuro psicólogo que deseja atuar na área da Psicologia da saúde, com especial ênfase em idosos, buscando ter melhores condições de auxiliá-los no processo de enfrentamento da Covid-19.

Metodologia, tipo de estudo e participantes

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética Institucional, sob o parecer de número 4737090. Todos os sujeitos da pesquisa assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido e foram obedecidas as normas da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466, de 12 de dezembro de 2012, para pesquisas envolvendo seres humanos.

Esta pesquisa foi realizada durante a Residência Multiprofissional em Saúde e possui natureza quantitativa descritiva transversal. Tais estudos contemplam um mesmo intervalo de tempo, ou seja, um determinado momento histórico, e podem focalizar a caracterização dos aspectos de uma doença (HOCHMAN et al., 2005).

A seleção dos participantes se deu por meio de observação de prontuário eletrônico, considerando os critérios definidos previamente (possuir 60 anos ou mais e estar em tratamento quimioterápico). Após a identificação, foram realizadas entrevistas iniciais em 40 pacientes idosos oncológicos visando a coleta de informações sociodemográficas, bem como, relacionadas a infecção e imunização da Covid-19, em seguida foram aplicados dois inventários de resposta rápida, EMC-19 e GAI.

A Escala de Medo da Covid-19 (EMC-19) consiste em uma escala breve, do tipo Likert que varia suas respostas entre 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente). Seu escore total é obtido através das somas dos itens, quanto maior for o escore, maior o sentimento de medo frente a doença. No seu estudo original, o alfa de Cronbach foi de 0,82 ($0,75 < \alpha \leq 0,90$ - alta), considerado bom (FARO et al., 2020).

O Inventário de Ansiedade Geriátrica (GAI) foi desenvolvido por Pachana et al. como um instrumento de administração breve, realizada de forma auto aplicada ou com aplicação individual. É composta por 20 itens dicotômicos em que o avaliando deve marcar resposta manifestando concordar ou discordar das afirmações. Referente aos seus parâmetros psicométricos, a GAI apresentou coeficiente de Cronbach de 0,91 para a população normal ($\alpha > 0,90$ - muito alta), re-teste considerado excelente apresentando boa estabilidade.

de temporal, bem como sua validade se apresentou favorável (PACHANA et al., 2011)

A Tabela 1 apresenta a caracterização sociodemográfica, subdividida entre gênero, idade, estado civil e escolaridade da população-alvo.

Tabela 1 – Caracterização Sociodemográfica da Amostra (N = 40)

Variáveis		N	%
Gênero	Feminino	21	52,5
	Masculino	19	47,5
Idade	60 - 69	23	57,5
	70 – 79	13	32,5
	80 - 89	4	10
Estado Civil	Solteira (o)	3	7,5
	Casada (o)	25	62,5
	Divorciada (o)	2	5
	Viúva (o)	7	17,5
	União Estável	3	7,5
Escolaridade	Analfabeta (o)	1	2,5
	4ª série incompleta	23	57,5
	5ª a 8ª série incompleta	9	22,5
	1º grau completo	2	5
	2º grau completo	5	12,5

Na Tabela 1 pode-se observar maior incidência do gênero feminino, como também uma população mais jovem dentro da faixa etária estipulada (idades compreendidas entre os 60 e 90 anos de idade, M = 69,25; DP = 7,44; MD 68,5 anos). Referente ao estado civil verificou-se que a maioria (62,5%) são casadas/os, seguindo-se com moderada significativa diferença as/os viúvas (17,5%). No que tange ao nível de escolaridade, observou-se que dentro das categorias elencadas, a que apresenta maior incidência é a 4ª série incom-

pleta (57,5%), seguindo da 5ª a 8ª série incompleta (22,5%) e 2º grau completo (12,5%), o que apresenta baixo nível de escolaridade dos usuários.

Tabela 2 – Diagnósticos identificados

Sítio Primário	n	%
Câncer de Pulmão	11	27,5
Câncer de Intestino	3	7,5
Câncer de Pele	2	5
Câncer de Cólon	1	2,5
Câncer Gástrico	3	7,5
Sarcoma de Kaposi	1	2,5
Câncer de Esôfago	2	5
Câncer de Pâncreas	1	2,5
Câncer de Próstata	2	5
Linfoma do Manto	1	2,5
Câncer de Reto	2	5
Câncer de Mama	6	15
Câncer Hepático	1	2,5
Leucemia	1	2,5
Amiloidose AL	2	5
Câncer de Bexiga	1	2,5

Na Tabela 2, foi possível observar que dentre os usuários, o diagnóstico com maior prevalência foi câncer de pulmão (27,5%), seguido de câncer de mama (15%), câncer gástrico e câncer de intestino (7,5%).

Tabela 3 – Amostragem de contaminação/imunização

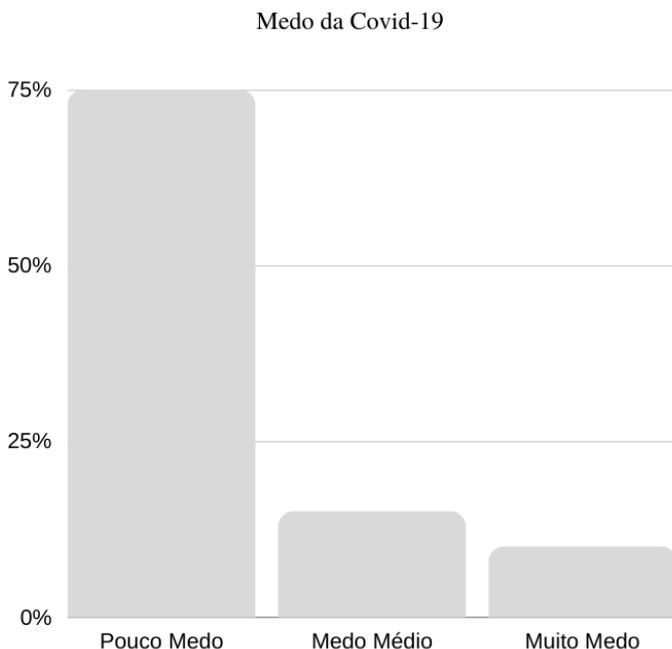
	n	%
Usuário Infectados Previamente	11	27,5
Não infectados	29	72,5
Imunizados	37	92,5
Não Imunizados	1	2,5
Apenas 1ª dose	2	5

Em relação à infecção do Coronavírus-19, a Tabela 3 apresenta dados referentes ao nível de contaminação prévio entre os usuários e a realização da imunização.

Constata-se que de todos os participantes a maioria (72,5%) não foram infectados até o momento da entrevista, em contraposição (27,5%) infectaram-se em determinado momento. Ainda nesse cenário, (92,5%) confirmaram já terem realizado imunização, (2,5%) não se imunizaram e (5%) realizaram apenas a primeira dose.

Resultados

A Figura 1 apresenta os resultados obtidos através da análise das respostas dos indivíduos que integraram o estudo.



Pode-se observar que a soma total da amostra geral apresenta média de 16,25 pontos (D.P = 6,69). Considerando a saber que: de 7 a 19 pontos foi classificado como “pouco medo”; 20 a 26 pontos como “medo moderado” e a partir de 27 pontos como “muito medo” (FARO et al., 2020). A Figura 1 apresenta que 30 (75%) dos participantes obtiveram uma média de 13,3 pontos (D.P = 3,97) para a categoria de pouco medo, seguido de 6 (15%) usuários que obtiveram média de 21,33 pontos (D.P = 1,50) para medo moderado e 4 (10%) 30,75 pontos (D.P = 2,62) para muito medo.

Tabela 4 – Propriedades psicométricas da Escala de Medo da Covid-19 (EMC-19)

Item	Geral M (DP)	D/D.F %	ND %	C/CF %
1.Eu tenho muito medo da Covid-19	2,75(1,57)	52,5%	12,5%	35%
2.Pensar sobre Covid-19 me deixa desconfortável	2,62(1,42)	60%	7,5%	32,5%
3.Minhas mãos ficam úmidas/frias quando penso na Covid-19	1,97(1,20)	72,5%	12,5%	15%
4.Eu tenho medo de morrer por causa da Covid-19	2,17(1,37)	72,5%	2,5%	25%
5.Eu fico nervoso ou ansioso quando vejo notícias nos Jornais e nas redes sociais sobre Covid-19	3,17(1,64)	42,5%	2,5%	55%
6.Não consigo dormir porque estou preocupado em ser infectado pela Covid-19	1,7(1,13)	90%	0%	10%
7.Meu coração dispara ou palpita quando penso em ser infectado pela Covid-19	1,7(1,12)	87,5%	0%	12,5%

Notas:

M = média padrão; D.P = Desvio Padrão; D/DF = discordo e discordo fortemente; ND = nem concordo, nem discordo; CF = C/CF = concordo e concordo fortemente.

A Tabela 4 expõe os itens que compõem a Escala de Medo da Covid-19 e apresenta maior média 3,17 (D.P = 1,64) no item “eu fico nervoso ou ansioso quando vejo notícias nos jornais ou redes sociais sobre a Covid-19”, seguindo 2,75 pontos (D.P = 1,57) no item “eu tenho muito medo

da Covid-19. Em contraposição, os itens “não consigo dormir porque estou preocupado em ser infectado pela Covid-19” e “meu coração dispara ou palpita quando penso em ser infectado pela Covid-19” apresentam 17 pontos (D.P = 1,13;1,12) sugerindo menor média, como também representam consecutivamente, 90% e 87,5 % dos usuários que responderam “discordo fortemente/discordo”. Já na resposta “concordo fortemente/concordo” o item “eu fico nervoso quando vejo notícias nos jornais e nas redes sociais sobre a Covid-19” apresenta maior porcentagem, 55%.

Correlação

Matriz de Correlação – Validade Convergente da Escala de Medo da Covid-19 (EMC-19) com o Inventário de Ansiedade Geriátrica (GAI)

	GAI
EMC	0,39**

A associação entre a EMC-19 e a GAI foi investigada utilizando o coeficiente de correlação produto-momento de Pearson, e o resultado nos deu conta de uma correlação fraca positiva ($0,1 \leq r < 0,5$) entre as variáveis, $r = 0,39$.

Discussão

O presente estudo objetivou avaliar e compreender o impacto emocional da Covid-19 em pacientes que durante seu processo de envelhecimento estão passando por tratamento quimioterápico. Para compreender os impactos físicos e psíquicos durante emergências sociais como a Covid-19, é de extrema importância que emoções como o medo, ansiedade e raiva sejam consideradas (ORNELL et al., 2020).

Pensando no tema principal do estudo, o medo é um mecanismo de defesa animal adaptável que é fundamental para a sobrevivência e envolve diversos aspectos, principalmente no âmbito biológico, tendo em vista que é um processo de preparação para eventos ameaçadores, porém, quando este se torna crônico ou desproporcional, pode se tornar prejudicial e ser um componente essencial para o desenvolvimento de transtornos psiquiátricos (ORNELL et al., 2020).

Através da análise dos dados coletados, pode-se observar que 4 (10%) dos pacientes idosos oncológicos apresentam média de 16,25 pontos (D.P = 6,69) referente ao item “muito medo”, comparado à amostra de usuários que referem “pouco medo”, 30 (75%) dos participantes apresentaram média 13,3 (D.P = 3,97). Constata-se, dessa forma, baixo nível de medo e ansiedade frente ao cenário pandêmico.

Dentre os itens da EMC-19, é relevante observar que 55% dos entrevistados referiram “eu fico nervoso ou ansioso quando vejo notícias nos jornais e nas redes sociais sobre Covid-19”. Ahmad et al. (2020) observam que as mídias sociais, através das publicações imprecisas sobre a propagação da doença, origem e até mesmo sobre imunização, terão um impacto emocional negativo na saúde pública e saúde mental das pessoas. Referem ainda que as mídias sociais e sua forma de expressão são responsáveis por grande parte do pânico causado na população.

Observa-se também que devido ao aumento do índice de imunização (92,5%) dos usuários, uma diminuída faixa (25%) referiu possuir “medo de morrer por causa da Covid-19”. Nesse mesmo parâmetro, as reações fisiológicas frente ao medo da Covid-19 também se apresentaram em baixo nível, representando concomitantemente média de 1,7

(D.P = 1,13) para “não consigo dormir por que estou preocupado em ser infectado pela Covid-19”; 1,7 (D.P = 1,12) para “meu coração dispara ou palpita quando penso em ser infectado pela Covid-19” e 1,97 (D.P = 1,20) a “minhas mãos ficam frias/úmidas quando penso no Covid-19.

Conclusão

A partir deste estudo, podemos compreender o baixo impacto emocional relacionado ao cenário de pandemia da Covid-19. Também, através deste referencial podemos promover e facilitar a construção de ferramentas para o cuidado com a oferta de notícias falsas, bem como na sua propagação. Fica explícito a importância da utilização das redes de comunicação como forma de promover ações de educação de saúde a fim de explicar os riscos e importância do cuidado mesmo durante o cenário de imunização.

Compreende-se, também, a positiva relevância da imunização em massa, tendo em vista que grande parte dos usuários referiu não apresentar medo frente à possibilidade de ser infectado pela Covid-19 devido à realização da vacinação. Tanto a vacinação em massa quanto as medidas de distanciamento são resultantes de sucesso. Ao atingir seu objetivo, geram sensação de segurança e controle epidemiológico (COUTO et al., 2021).

Nesse mesmo cenário, a educação em saúde em tempos de pandemia é de extrema relevância. Deve ressaltar a importância das Ações de Políticas Públicas forte e integral, como uma abordagem territorializada, comunitária e domiciliar, muito mais efetiva no combate à pandemia do que a abordagem hospitalar.

Tais considerações reforçam a importância do engajamento do psicólogo em ações que propaguem informações verídicas e esclarecedoras sobre as doenças e suas consequências, e estimulem a adesão das pessoas idosas aos programas de vacinação. Além disso, torna-se necessário fomentar a participação de psicólogos em programas relacionados à área da saúde voltados à assistência e acompanhamento inter e transdisciplinar de pessoas idosas, auxiliando-as no enfrentamento de suas dificuldades emocionais.

Referências

AHMAD, A. et al. The impact of social media on panic during the COVID-19 pandemic in iraqi Kurdistan: online questionnaire study, *Journal of Medical Internet Research*, v. 22, n. 5, 2020.

BARBOSA, I. et al. Incidência e mortalidade por COVID-19 na população idosa brasileira e sua relação com indicadores contextuais: um estudo ecológico. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 23, p. 109-131, 2020.

COSTA, F. et al. COVID-19: seus impactos clínicos e psicológicos na população idosa. *Brazilian Journal of Development*, Curitiba, v. 6, n. 7, p. 49811-49824, 2020.

COUTO, M. et al. Considerações sobre o impacto da covid-19 na relação indivíduo-sociedade: da hesitação vacinal ao clamor por uma vacina, *Saúde e Sociedade*, v. 30, n. 01, 2021.

FERREIRA, J. et al. Covid-19 e câncer: atualização de aspectos epidemiológicos, *Revista Brasileira de Cancerologia*, Rio de Janeiro, v. 66, n. Tema Atual, p. e-1013, 2020.

FARO, A. et al. Adaptação e validação da Escala de Medo da Covid-19, Sergipe, 2020.

HOCHMAN, B. et al. Desenhos de pesquisa, *Acta Cris Bras* [serial online], 2005. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/acb/a/bHwp75Q-7GYmj5CRdqsXtqbj/?lang=pt>>. Acesso em: 10 jun. 2021.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). *O que é câncer?*. Novembro, 2020, Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/o-que-e-cancer>>. Acesso em: 02 jul. 2021.

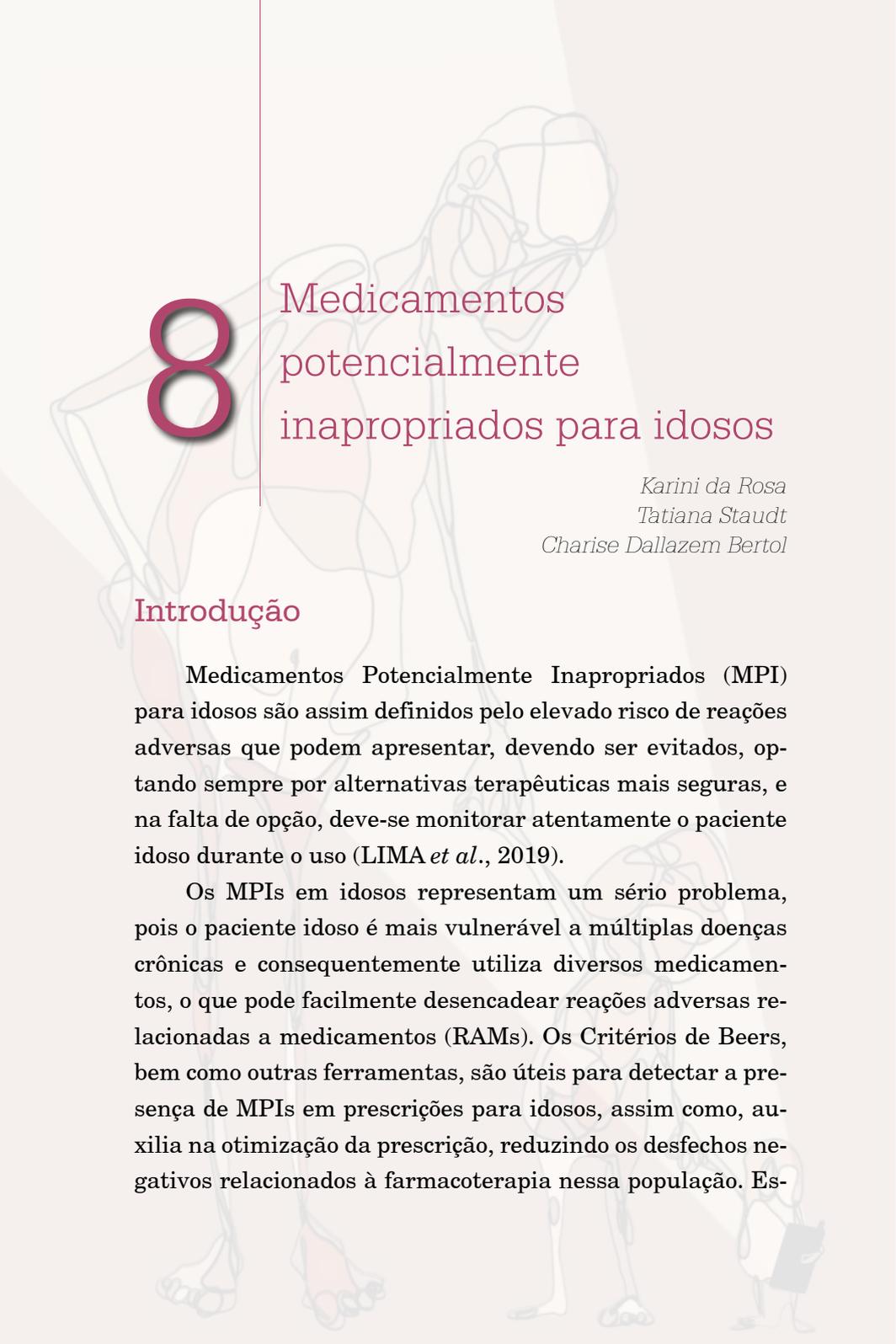
INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). *Estimativa 2020*. Maio, 2020. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/estimativa/introducao>>. Acesso em: 03 jul. 2021.

MIZUTA, A. et al. Percepções acerca da importância das vacinas e da recusa vacinal numa escola de medicina, *Revista Paulista de Pediatria*, São Paulo, v. 37, n. 1, p. 34-40, 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Doença por coronavírus*. Outubro, 2020. Disponível em: <<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19>>. Acesso em: 03 jul. 2021.

ORNELL, F. et al. Pandemia de medo e covid-19: impacto na saúde mental e possíveis estratégias, *Revista Debates em Psiquiatria*, Rio de Janeiro, n. 02, p. 12-17, 2020.

PACHANA, N. et al. Tradução e adaptação transcultural da versão brasileira do Inventário de Ansiedade Geriátrica, *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 38, n. 1, p. 8-12, 2011.



8

Medicamentos potencialmente inapropriados para idosos

*Karini da Rosa
Tatiana Staudt
Charise Dallazem Bertol*

Introdução

Medicamentos Potencialmente Inapropriados (MPI) para idosos são assim definidos pelo elevado risco de reações adversas que podem apresentar, devendo ser evitados, optando sempre por alternativas terapêuticas mais seguras, e na falta de opção, deve-se monitorar atentamente o paciente idoso durante o uso (LIMA *et al.*, 2019).

Os MPIs em idosos representam um sério problema, pois o paciente idoso é mais vulnerável a múltiplas doenças crônicas e conseqüentemente utiliza diversos medicamentos, o que pode facilmente desencadear reações adversas relacionadas a medicamentos (RAMs). Os Critérios de Beers, bem como outras ferramentas, são úteis para detectar a presença de MPIs em prescrições para idosos, assim como, auxilia na otimização da prescrição, reduzindo os desfechos negativos relacionados à farmacoterapia nessa população. Es-

ses critérios aumentam a conscientização sobre a problemática relacionada à polifarmácia e auxiliam nas decisões relacionadas às escolhas dos medicamentos a serem evitados (STEINMAN *et al.*, 2019).

Com o avançar da idade as pessoas podem desenvolver diversas doenças crônicas, que necessitam de suporte medicamentoso, elevando o risco de desencadear RAMs que podem superar os benefícios (PINTO *et al.*, 2014). O processo de envelhecimento ocasiona alterações fisiológicas e patológicas o que torna o paciente idoso mais propenso a desenvolver RAMs, especialmente quando são prescritos os MPIs (FUCHS; WANNMACHER, 2017).

O objetivo do estudo foi revisar as principais classes de MPIs utilizados em idosos hospitalizados, bem como a porcentagem de idosos expostos a pelo menos um MPI.

Desenvolvimento

Medicamentos utilizados por idosos e os critérios de avaliação da prescrição quanto aos MPIs

Na farmacoterapia geriátrica há diversos riscos associados, e por isso é essencial conhecer o potencial risco iatrogênico de cada um. Diversos medicamentos com alto potencial iatrogênico são chamados MPIs (FUCHS; WANNMACHER, 2017). O uso de MPIs para idosos levam a RAMs potencialmente ameaçadoras à vida ou incapacitantes como depressão, constipação, quedas, imobilidade, confusão mental e fraturas de quadril (GURWITZ *et al.*, 2003), que são problemas evitáveis nesses pacientes, se no momento da prescrição forem observados os Critérios de Beers.

A preocupação com o impacto das prescrições na população idosa ocasionou a criação de estratégias para auxiliar nas prescrições, dentre elas os “Critérios ou Lista de Beers”, desenvolvido nos Estados Unidos, publicado pela primeira vez em 1991, e frequentemente revisado pela *American Geriatrics Society* (AGS) tornando-se uma importante ferramenta norteadora da prescrição farmacológica adequada ao idoso (FUCHS; WANNMACHER, 2017). Desde 2011, a AGS administra os Critérios de Beers e vem produzindo atualizações a cada três anos. A lista mais atual é a de 2019, em que especialistas interdisciplinares revisaram as evidências publicadas desde a última atualização de 2015, para determinar se novos critérios deveriam ser adicionados ou se critérios existentes deveriam ser removidos ou sofrer mudanças quanto a sua recomendação, justificativa, nível de evidência ou força de recomendação. Os resultados foram apresentados em tabelas conforme as cinco categorias de critérios utilizados (STEINMAN *et al.*, 2019), sendo eles:

1. Medicamentos que são potencialmente inapropriados na maioria dos idosos;
2. Medicamentos que normalmente devem ser evitados em idosos com certas condições;
3. Medicamentos para serem usados com cautela;
4. Medicamentos com interações medicamentosas entre os fármacos;
5. Medicamentos que necessitam de ajuste da dose de fármaco com base na função renal.

Na Europa, os Critérios de Beers apresentavam algumas limitações, como, por exemplo, alguns fármacos utilizados não estavam citados por não serem usados nos EUA, e, em 2006, na Irlanda, foram validados, os Critérios STOPP/

START (*Screening Tool of Older Person's Prescriptions/ Screening Tool to Alert Doctors to Right Treatment*). Eles foram desenvolvidos por um grupo de dezoito especialistas em geriatria, farmacologia clínica, farmácia clínica, psiquiatria e atenção primária. Na atualização de 2008, o STOPP traz sessenta e cinco itens organizados segundo os sistemas fisiológicos — na identificação dos critérios consideraram-se interações farmacológicas, contra indicações, precauções e duplicações terapêuticas, e no START incluem-se vinte e dois critérios e o objetivo é detectar os medicamentos potencialmente omissos (MPO), ou seja, fármacos com indicação clínica que devem ser prescritos aos idosos. Na atualização de 2014 (última versão), no STOPP foram acrescentadas seções específicas: medicamentos anticoagulantes/ antiagregantes plaquetários, fármacos que afetam ou são afetados pelo sistema renal, fármacos que podem aumentar os efeitos anticolinérgicos, e no START foram incluídas novas seções para os medicamentos que atuam no sistema urogenital, analgésicos e vacinas (O'MAHONY *et al.*, 2014).

No Brasil o primeiro instrumento validado para a identificação de MPIs foi criado em 2016, chamado Consenso Brasileiro De Medicamentos Potencialmente Inapropriados para idosos, sendo que os Critérios de Beers e o STOPP serviram de base para a construção dos critérios brasileiros, e, além disso, contribui para o desenvolvimento de ações educativas direcionadas à prescrição adequada e segura de medicamentos para idosos. O Consenso Brasileiro foi criado por dez especialistas, sendo nove geriatras e um farmacêutico clínico de diferentes regiões do Brasil, sendo elas, nordeste, sudeste, centro-oeste e sul. O estudo teve o intuito de fazer uma lista de medicamentos adaptada à realidade nacional,

pois muitos medicamentos citados nos critérios desenvolvidos em outros países não estão disponíveis no Brasil. Desta forma, o Consenso resultou, na classificação de MPI dispostos em dois grupos: fármacos que devem ser evitados em todos os idosos e fármacos que devem ser evitados em idosos com determinadas condições clínicas. Os critérios foram agrupados por órgãos e sistemas fisiológicos, seguindo a distribuição do STOPP, sendo adicionado a cada critério a justificativa da inclusão do medicamento/classe farmacológica como potencialmente inapropriada para idoso. Ao final, há 43 critérios de medicamentos que devem ser evitados independentemente de condição clínica e 75 critérios que devem ser evitados dependendo da condição clínica do paciente idoso (OLIVEIRA *et al.*, 2016).

Existem ainda outras ferramentas criadas por especialistas para classificar os MPIs e publicadas nas últimas décadas, no entanto, o Critério de Beers ainda é o mais utilizado na medicina geriátrica e no desenvolvimento de indicadores de qualidade do cuidado (GUARALDO *et al.*, 2011).

Alterações Farmacocinéticas e Farmacodinâmicas no Processo de Envelhecimento

Mudanças fisiológicas relacionadas ao envelhecimento, como alterações cardiovasculares, respiratórias, neuropsiquiátricas, musculares e osteoarticulares, gastrointestinais, endócrinas, do sistema urinário, além de alterações sensoriais como da audição e da visão, interferem significativamente no funcionamento dos órgãos e resultam em grandes síndromes geriátricas (GARCIA *et al.*, 2018). Com o envelhecimento diminui também o metabolismo hepático e a função

renal, e diante dessa eliminação renal deficiente, metabólitos ativos, bem como fármaco inalterado, podem se acumular, ocasionando aumento da meia-vida de eliminação e consequentemente toxicidade (CORSONELLO; PEDONE; INCALZI, 2010).

Essas peculiaridades fisiológicas associadas ao envelhecimento aumentam o risco de os idosos desenvolverem doenças, aumenta a demanda de tratamentos e eleva-se o risco de RAMs, que são complicações não intencionais, denominadas iatrogenia, uma síndrome geriátrica potencialmente reversível e até curável. A iatrogenia, por seu impacto clínico, é considerada uma das síndromes geriátricas ou “gigantes na geriatria”. Dentre os fatores que tornam o idoso mais exposto destacam-se as alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas, descritas na tabela 1 (FUCHS; WANNMACHER, 2017). Todas essas alterações levam a concluir que normalmente, no paciente idoso, a dose dos medicamentos deve ser reduzida, para diminuir a toxicidade, as RAMs e o potencial de interações medicamentosas, pois a absorção é mais lenta, a diminuição das proteínas plasmáticas ocasiona um maior percentual de fármaco livre, as alterações hepáticas e renais diminuem a capacidade do paciente idoso metabolizar os fármacos, aumentando a meia-vida de eliminação.

Tabela 1 – Alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas relacionadas ao envelhecimento e suas implicações clínicas

Parâmetro Farmacocinético	Alterações associadas ao envelhecimento	Comentários
Absorção	Redução da secreção gástrica, da motilidade do trato gastrointestinal (TGI), do fluxo sanguíneo do TGI, e aumento do pH gástrico.	Alteração menos relevante, porém, retarda o tempo de início de ação farmacológica.
Distribuição	Redução de água corporal, da massa magra, da albumina e aumento da liposs substituição.	Aumenta o volume de distribuição de fármacos lipofílicos e aumenta a fração livre, aumentando o potencial de intoxicação.
Metabolismo	Redução da indução enzimática, da massa hepática, do fluxo sanguíneo hepático, redução do metabolismo.	Redução da depuração hepática de medicamentos e aumento de interações medicamentosas.
Excreção	Redução do fluxo sanguíneo renal e da taxa de filtração glomerular	Acúmulo de metabólitos ativos e de fármaco inalterado.
Parâmetro Farmacodinâmico	Alterações associadas ao envelhecimento	Comentários
	Mais propensas a desenvolver RAMs e/ou interações medicamentosas. Fármacos diferentes podem agir no mesmo receptor fisiológico, receptores são limitados, um dos fármacos será deslocado, aumentando o potencial tóxico.	Podem resultar em declínio funcional, hospitalização e outros desfechos negativos.

Fonte: Tabela elaborada pelos autores com base em FUCHS; WANNMACHER, 2017.

Estudos realizados no Brasil e no mundo de MPIs em idosos hospitalizados

Os estudos mostraram elevada prevalência de idosos expostos a pelo menos um MPI e as classes farmacológicas predominantes foram: ansiolíticos, inibidores da bomba de prótons, antipsicóticos e anti-hipertensivos, conforme apresentados na tabela 2.

Tabela 2 – Estudos de MPIs em idosos hospitalizados

Local do estudo	Critérios de avaliação	Idosos expostos a MPI (%)	MPIs prevalentes	Autor
Centro-Oeste do Brasil	Critérios de Beers de 2015	97,1	Laxativos, antialérgicos, inibidores de bomba de prótons (IBPs), antipsicóticos.	LIMA <i>et al.</i> , 2019
Hospital público localizado na região Oeste do Paraná	Critérios de Beers de 2015	81,9	Antieméticos, anti-inflamatórios, hipoglicemiantes	SANTANA; BUENO; SILVA, 2016
Hospital Terciário do Brasil	Critérios de Beers de 2012	91,9	Antieméticos, ansiolíticos, antiespasmódicos	ULBRICH; CUSINATO; GUAHYBA, 2017
Hospital Terciário de Maceió	Critérios de Beers	46,4	Antipsicóticos, ansiolíticos	OLIVEIRA; BUARQUE, 2018
Hospital público Francês	Lista Europeia para identificar os MPIs	50,4	Antidepressivos, antiarrítmicos, ansiolíticos, sedativos e opioides.	PAGÈS <i>et al.</i> , 2019
Hospital de Goa, na Índia	Critérios de Beers (2012) e a Lista PRISCUS (2010)	66,0	Diuréticos, antiulcerosos e anti-hipertensivos	NARVEKAR <i>et al.</i> , 2017
Hospital na China	Critérios de Beers de 2015	69,3	IBPs	WANG <i>et al.</i> , 2019
Hospital da Índia	Critérios de Beers de 2015	32,1	Anti-hipertensivos, hipoglicemiantes e ansiolíticos	RAWAT <i>et al.</i> , 2018
Hospital público do Paquistão	Critérios de Beers de 2015 e Critérios STOPP/START	50,0	Anti-inflamatórios, anti-hipertensivos, ansiolíticos.	MAZHAR <i>et al.</i> , 2017
Hospital no Japão	Critérios de Beers de 2015	47,9	Ansiolíticos, IBPs e hipnóticos	KOMAGAMINE, 2018
Média (%)		63,3		

Fonte: Tabela elaborada pelos autores.

Implantação de um Protocolo de Avaliação de MPIs para Idosos (MPIs)

Pacientes hospitalizados expostos a MPIs são mais suscetíveis ao aumento de risco de eventos adversos e consequentemente aumento do custo para tratar esses eventos. A substituição de MPIs por alguma alternativa que não cause danos ao idoso resulta em uma economia estatisticamente significativa durante o período de hospitalização. Por isso, é importante priorizar a implementação de ações para reduzir a prescrição de MPIs (PAGÈS *et al.*, 2019), uma alternativa seria a implantação de um Protocolo de Avaliação de MPIs.

A revisão dos medicamentos tem apresentado resultados promissores, e intervenções farmacêuticas podem melhorar a prescrição, principalmente de idosos, isso reforça a tendência de implementação do cuidado farmacêutico e valoriza o papel clínico desse profissional, atuando de forma integrada à equipe de saúde. No entanto, a aceitação das recomendações pelos prescritores têm papel determinante nos resultados a serem alcançados (SANTOS *et al.*, 2019).

Narvekar *et al.* (2017) ressaltam a importância de formulação de políticas e protocolos hospitalares para reduzir o número de MPIs prescritos em pacientes idosos hospitalizados. Além disso, o aumento da educação, conscientização e notificação de RAMs, com uma maior interação médico-farmacêutico-paciente nessas situações, são alguns dos fatores que podem desempenhar um papel importante na promoção de práticas de prescrição melhores e mais seguras e, uma melhor qualidade de vida aos idosos.

Considerações finais

O estudo possibilitou evidenciar um elevado número de prescrições com pelo menos um MPI em idosos hospitalizados. As classes farmacológicas predominantes encontradas nas prescrições são de medicamentos utilizados no tratamento de doenças crônicas, comuns na população geriátrica. Conhecer a sua prevalência possibilita aos gestores, profissionais da saúde e pesquisadores terem informações sobre a realidade do perfil de prescrições, propicia aumento na qualidade do tratamento farmacológico e beneficia diretamente os pacientes, garantindo uma maior segurança do paciente.

Agradecimentos

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de financiamento 001 e da Fundação Universidade de Passo Fundo (FUPF).

Referências

- CORSONELLO, A.; PEDONE, C.; INCALZI, R. A. Age-related pharmacokinetic and pharmacodynamic changes and related risk of adverse drug reactions. *Current Medicinal Chemistry*, v. 17, n. 6, p. 571-584, 2010.
- FUCHS, F. D.; WANMACHER, L. *Farmacologia Clínica e Terapêutica*. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017, p.852
- GARCIA, E. *et al. Essências em geriatria clínica* [recurso eletrônico]. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2018.
- GUARALDO, L. *et al. Inappropriate medication use among the elderly: a systematic review of administrative databases. BMC Geriatrics*, v. 11, n. 79, 2011.

GURWITZ, J. H. *et al.* Incidence and preventability of adverse drug events among older persons in the ambulatory setting. *Journal of the American Medical Association*, v. 289, n. 9, p. 1107-16, 2003.

KOMAGAMINE, J. Prevalence of potentially inappropriate medications at admission and discharge among hospitalised elderly patients with acute medical illness at a single centre in Japan: a retrospective cross-sectional study. *BMJ Open*, v. 8, n. 7, p. e021152, 2018.

LIMA, L. Y. R. *et al.* Utilização de medicamentos potencialmente inapropriados por idosos hospitalizados. *Brazilian Journal of Development*, Curitiba, v. 5, n. 10, p. 17952-17966, 2019.

MAZHAR, F. *et al.* A prevalence study of potentially inappropriate medications use in hospitalized Pakistani elderly. *Aging Clinical and Experimental Research*, v. 30, n. 1, p. 53-60, 2017.

NARVEKAR, R. S. *et al.* Utilization pattern of potentially inappropriate medications in geriatric patients in a tertiary care hospital: A retrospective observational study. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, v. 11, n. 4, 2017.

O'MAHONY, D. *et al.* STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 2. *Age Ageing*, v. 44, n. 2, p. 213-8, 2015.

OLIVEIRA, M. G. *et al.* Consenso brasileiro de medicamentos potencialmente inapropriados para idosos. *Geriatrics, Gerontology and Aging*, v. 10, n. 4, p. 168-81, 2016.

OLIVEIRA, M. V. P., BUARQUE, D. C. B. Polifarmácia e medicamentos potencialmente inapropriados em idosos admitidos em um hospital terciário. *Geriatrics, Gerontology and Aging*, v. 12, n. 1, p. 38-44, 2018.

PAGÈS, A. *et al.* Cost analysis of potentially inappropriate medication in older hospitalised patients, *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, v. 20, n. 6, p. 623-627, 2019.

PINTO, N. B. F. *et al.* Interações medicamentosas em prescrições de idosos hipertensos: Prevalência e significância clínica. *Revista Enfermagem (UERJ)*. Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 735-741, 2014.

RAWAT, R. S. Evaluation of potentially inappropriate medication use and risk of adverse drug reactions in hospitalized older adults: an observational study in a tertiary care hospital. *Indian Journal of Pharmacy Practice*, v. 11, n. 2, p. 75-85, 2018.

SANTANA, D. M.; BUENO, F. G.; SILVA, L. L. Prescrição de medicamentos potencialmente inapropriados para idosos em um hospital público. *Jornal de Assistência Farmacêutica e Farmacoeconomia*, v. 1, n. 2, p. 20-30, dez. 2016.

SANTOS, N. S. *et al.* Intervenções para reduzir a prescrição de medicamentos inapropriados para idosos. *Revista Saúde Pública*, v. 53, n. 7, 2019.

STEINMAN, M. A. *et al.* American Geriatrics Society 2019 Updated AGS Beers Criteria® for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, v. 67, n. 4, p. 674-694, 2019.

ULBRICH, A. H. D. P. S.; CUSINATO, C. T.; GUAHYBA, R. S. Medicamentos potencialmente inapropriados (MPIs) para idosos: Prevalência em um hospital terciário do Brasil. *Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde*, São Paulo v. 8, n. 3, 14-18 jul./set. 2017.

WANG, P. *et al.* Relationship between potentially inappropriate medications and the risk of hospital readmission and death in hospitalized older patients. *Clinical Interventions in Aging*, n. 14, p. 871-878, 2019.

9

Assistência dos profissionais de saúde no envelhecimento dos indivíduos LGBTQ+

*Willian Roger Dullius
Dany Thomaz Gonçalves
Silvana Alba Scortegagna*

Introdução

Alguns dos principais tabus que surgem quando se discute o envelhecimento são a sexualidade e a falsa ideia da interrupção desta devido às limitações físicas que são associadas ao envelhecer. Ser considerado apenas como transmissor de doenças é uma forma de interdição do exercício da sexualidade, reforçando estereótipos negativos associados ao envelhecimento. A sexualidade das pessoas idosas pode ser afetada por fatores biológicos, mas são os fatores socioculturais que desempenham o papel mais importante. Crenças sobre o envelhecimento, representações sociais sobre o corpo e como as pessoas idosas devem se comportar têm grande influência; infelizmente, a sexualidade acaba sendo discutida sob este viés das doenças que podem ocorrer (ARAÚJO *et al.*, 2020).

O processo de envelhecimento é multifacetado, composto por uma rede de fatores genéticos, biológicos, escolhas individuais, subjetividades, aspectos culturais e sociais, todos historicamente determinados (ARAÚJO *et al.*, 2020). Nesta perspectiva, as questões socioculturais influenciam diretamente o processo de envelhecimento; assim, pessoas LGBTQ+ (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros) que estão inseridas em um contexto de violência estrutural, cerceadas pela hétero-cis-normatividade ao longo da vida, podem ter agravos na velhice em situações que contribuam para o isolamento social e para a solidão (CRENITTE; MIGUEL; JACOB FILHO, 2019).

Não existem razões fisiológicas que impeçam pessoas idosas saudáveis de exercerem uma vida sexual ativa, seja na forma convencional ou de forma alternativa, porém, a discussão escassa a respeito das pessoas idosas homoafetivas, e a falsa visibilidade de sua realidade, faz-se presente desde meados dos anos 60 do século XX, após a rebelião de *Stonewall*, quando Hollywood retratou em filmes, pela primeira vez de forma não subliminar, a realidade do envelhecimento de homens homossexuais. Apesar do pioneirismo, esta forma de retratar a realidade do envelhecer LGBTQ+ ocorreu de forma estereotipada, marcada por imagens negativas e associada a perdas emocionais e físicas (ARAÚJO *et al.*, 2020).

Neste contexto, as velhices LGBTQ+, com um cenário de grandes conquistas sociais, seguem invisíveis, tanto pela militância LGBTQ+ quanto pela causa dos direitos da pessoa idosa, esse tema continua sendo pouco debatido em conferências e demais espaços de participação social. A LGBTQofobia é uma realidade que precisa ser considerada e confron-

tada por meio de leis que quantifiquem, qualifiquem e monitorem a violência por motivos de ódio e de intolerância, a fim de garantir os devidos tratamentos para essas situações (CRENITTE; MIGUEL; JACOB FILHO, 2019).

Apesar de os estudos gerontológicos brasileiros da última década acompanharem a tendência internacional de incluir aspectos do desenvolvimento da vida sexual no itinerário do processo de envelhecimento e da velhice, a perspectiva heterossexual ainda é majoritariamente considerada. Além disso, a dificuldade de captar como o tema vem sendo abordado no Brasil demonstra a escassez de estudos nacionais sobre pessoas idosas LGBTQ+ institucionalizadas (SILVA JUNIOR *et al.*, 2021).

A real visibilidade é de extrema importância na atualidade, pois os indivíduos que se identificam como LGBTQ+ estão envelhecendo, indicando a necessidade e importância de explorar e discutir a sexualidade dessa comunidade. Devido a um duplo estigma (pessoas idosas e homoafetivas), são necessárias políticas públicas voltadas para a diversidade, orientando profissionais a lidar com questões de identidade de gênero/orientação sexual, colaborando, então, para uma melhor qualidade de vida dos indivíduos idosos LGBTQ+ e respeitando suas individualidades (ARAÚJO *et al.*, 2020).

A literatura científica carece de informações mais precisas acerca de LGBTQ+ e de todas as interseccionalidades existentes na constituição dessas identidades, como geração, raça, etnia, entre outras, além das especificidades dentro do próprio grupo (PARANHOS; WILLERDING; LAPOLLI, 2021). Diante desta perspectiva de assistência humanizada aos indivíduos idosos LGBTQ+, este capítulo objetiva-se em descrever sobre a assistência e a capacitação dos profis-

sionais de saúde aos idosos LGBT+ a partir de um estudo qualitativo (MINAYO, 2004). Estabeleceram-se como fontes de pesquisa artigos que abordassem a temática de interesse e respondessem ao objetivo do estudo. Para a análise e interpretação dos dados coletados na pesquisa utilizou-se a análise de conteúdo, mais especificamente, a análise temática, desdobrada em três etapas: a pré-análise; a exploração de material; tratamento dos resultados obtidos e interpretação (MINAYO, 2004).

Assistência ao idoso homoafetivo: múltiplas perspectivas

Para um trabalho efetivo e incluyente, esta pesquisa leva em consideração as diferentes perspectivas encontradas no que toca a assistência aos indivíduos idosos homoafetivos. Portanto, serão descritas as seguintes perspectivas: i) dos idosos; ii) os profissionais de saúde e; iii) as oportunidades de capacitação.

As perspectivas dos idosos

As pessoas idosas, ao relatarem seus medos, informam que temem serem institucionalizadas e ficarem sem a possibilidade de cuidar delas mesmas, de ocorrer a perda da independência, isto acontece principalmente com os indivíduos idosos LGBT+, os quais necessitam viver no ambiente onde a orientação sexual e de gênero não é contabilizada ou ocorre o processo de discriminação por ser um indivíduo gay ou lésbica (LANDERS; MIMIAGA; KRINSKY, 2010); fatores que potencializam a assistência fragilizada às pessoas idosas.

O indivíduo idoso LGBT+ é categorizado como o maior invisível de uma minoria invisível que é existente, posto isso, muitas pessoas idosas LGBT+ estão em risco de isolamento social. Por mais que muitos indivíduos idosos LGBT+ contem com amigos próximos e parceiros para suporte social, muitos serviços governamentais e sociais continuam ignorando ou limitando o reconhecimento de familiares destas pessoas quando buscam e promovem políticas públicas sobre a elegibilidade dos serviços (ROGERS *et al.*, 2013). Esses indivíduos se mostram mais preocupados com as opções de cuidados de saúde a longo prazo. As pessoas idosas LGBT+ podem perder capital social por meio de ações associadas à moradia no envelhecimento, mas também podem desenvolvê-la e ampliá-la, embora importantes desigualdades devam ser consideradas (KING; CRONIN, 2016).

As instalações em funcionamento possuem pouca ou nenhuma informação disponível com relação à inclusão e ao atendimento comprometido para indivíduos idosos de minorias sexuais e de gênero (BENOIT; KORDROSTAMI; FOREMAN, 2020). O estudo de Silva Junior *et al.* (2021) apontou que, apesar de alguns residentes nunca terem sofrido preconceito, a possibilidade de tal atitude acontecer já é o suficiente para reproduzir inseguranças e medos. Algumas questões como o medo de sofrer discriminação, a invisibilidade LGBT+ e a lacuna na formação dos profissionais de saúde nessas questões, são possíveis barreiras de acesso aos serviços de saúde aos indivíduos. Por isso, lutar pela criação de espaços, de práticas, de linguagens e de símbolos que sinalizem um local não discriminatório e inclusivo é tão importante (CRENITTE; MIGUEL; JACOB FILHO, 2019).

Algumas Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) podem se configurar como espaços hostis, onde pessoas idosas podem regredir em sua autoafirmação de gênero e orientação sexual para que seus cuidados sejam adequados. A utilização da epígrafe “tratar todos como iguais” não faz jus à equidade de atendimento, por estar sistematizada na ótica heterossexista. Ressalta-se a carência de formação profissional na assistência à velhice LGBTQ+ e a deficiência de conhecimentos dos administradores e gerentes de lares de cuidados (ILPIs) frente às necessidades e demandas de saúde da população idosa LGBTQ+ (SILVA JUNIOR *et al.*, 2021). Como sugestão para essa carência, refere-se à inclusão desta temática nos currículos de graduação dos profissionais e cursos de educação continuada para os profissionais atuantes na ILPIs.

Em determinadas regiões, pode ocorrer negação da presença de pessoas LGBTQ+ e a heteronormatividade impositiva nas ILPI, fatores que propulsionam a necessidade de promover mudanças nas atitudes dos profissionais das ILPIs em relação à sexualidade (SILVA JUNIOR *et al.*, 2021), tais como, comunicação verbal e não verbal do profissional, ambiente receptivo e com objetivos ou imagens que simbolizem um ambiente LGBTQ+ acolhedor. No estudo de Kortés-Miller *et al.* (2018), as ILPIs foram consideradas ambientes inseguros pelos residentes, com a capacidade de elevar o potencial para o isolamento social, diminuir sua independência e capacidade de tomada de decisões e aumentar sua vulnerabilidade a crenças e percepções negativas relacionadas à sua identidade LGBTQ+.

Também, podemos citar diversos eventos estressores às pessoas idosas LGBTQ+ verificados em ILPIs, tais como

medo de encontrar preconceitos e receber cuidados precários com base na orientação sexual, identidade e expressão de gênero, estresse antecipatório relacionado à ocultação de suas identidades e ideação suicida associada (FURLOTTE *et al.*, 2016; KORTES-MILLER *et al.*, 2018; PUTNEY *et al.*, 2018). No olhar do(a) parceiro(a), eles relatam que desejam reconhecimento como esposo(a)/parceiro(a) bem como a pessoa que possa realizar as decisões como primeiro cuidador, mas os profissionais de saúde não aceitavam ou havia compaixão além do medo de não deixarem que estivessem presentes no momento de cuidar ou de falecimento (VALENTI; KATZ, 2014).

Como caminho inicial nesta evolução de uma assistência humanizada, uma “escuta ativa” com interesse e empatia faz toda a diferença na assistência, bem como, a conduta de não presumir, e sim perguntar aos indivíduos (CRENITTE; MIGUEL; JACOB FILHO, 2019; PARANHOS; WILKERDING; LAPOLLI, 2021). Este tema carece de melhor exploração por parte das políticas públicas de envelhecimento saudável e gestores de ILPIs (SILVA JUNIOR *et al.*, 2021). A temática aponta para uma grave problemática de direitos humanos, o que conclama o ativismo da comunidade LGBTQ+ para que o tema seja pautado nas esferas deliberativas. Também traz um relevante conteúdo de formação em saúde, com a inclusão do tema no treinamento do profissional de saúde.

Os profissionais de saúde

Os profissionais que atendem às pessoas idosas, por sua vez, também têm suas crenças e questões que influen-

ciam tanto o seu exercício da sexualidade quanto a visão que têm da sexualidade, ou assexualidade, das pessoas idosas (ARAÚJO *et al.*, 2020). Ao citar as narrativas de LGBTfobia cometidas por profissionais de saúde e por outros residentes da ILPI, essas infrações compreenderam a negação do nome social, deslegitimação da união estável, separação do casal no momento em que ambos(as) passam a residir na mesma ILPI, onde os profissionais de saúde mantêm cada parceiro(a) em um quarto separado, proibindo demonstração de afetos e desconsiderando a opinião do parceiro(a) na tomada de decisões sobre o tratamento. Dentre as infrações mais graves, ressalta-se a inexistência de compreensão da identidade de gênero quando coexiste a perda de autonomia decorrente de alterações neurológicas associada ao aumento do grau de dependência nas atividades da vida diária (BENOIT; KORDROSTAMI; FOREMAN, 2020; KORTES-MILLER *et al.*, 2018).

O estudo de Landers, Mimiaga e Krinsky (2010) enfatiza que todos os residenciais que participaram do estudo descobriram que quanto maior o conhecimento sobre as questões LGBT+ entre profissionais, maior é a capacidade de atender os clientes de forma eficaz. Os participantes acreditavam firmemente que as informações fornecidas nas reuniões foram importantes para ajudá-los a fornecer serviços culturalmente competentes para clientes LGBT+. Nesta perspectiva de discriminação, o estudo revela que 73% dos participantes acreditavam que ocorre discriminação contra indivíduos LGBT+, 60% indicavam que eles não criam que recebam serviços de saúde e assistência social comparado aos serviços prestados aos residentes heterossexuais; 74% acreditavam que os residenciais não são inclusivos no con-

texto das políticas de antidiscriminação sobre orientação sexual; e, 34% disseram que iriam esconder sua orientação sexual se mudassem para um residencial. Esses dados reforçam o ambiente hostil e o despreparo quanto a capacitação dos profissionais para uma assistência humanizada.

No estudo de Rogers *et al.* (2013), o qual avaliou o impacto da capacitação dos profissionais de saúde sobre a assistência aos idosos LGBT+, a maioria (82%) dos profissionais realizaram comentários relacionados ao treinamento proporcionado, o qual ajudou a aumentar as considerações sobre os problemas enfrentados por esta população. Uma porcentagem significativa (61%) dos participantes comentou como o treinamento ajudou a refletir sobre preconceitos e atitudes que eles tinham sobre estas pessoas idosas. Os participantes da pesquisa comentaram como o treinamento ofereceu a eles uma oportunidade para entendimento, discussões valiosas sobre o tópico que promoveram autorreflexão em valores, crenças e atitudes. Também, sugeriram que maiores informações em intervenções específicas, cuidados em saúde, problemas de saúde relacionados às questões de políticas públicas afetam a população idosa homoafetiva, intervenções nesta temática, devem ser ofertadas para os profissionais e no contexto acadêmico durante o processo de formação dos futuros profissionais (ROGERS *et al.*, 2013).

No feedback dos profissionais de saúde, 54% dos participantes perceberam que o treinamento era necessário para promover compreensão, aceitação, igualdade e mudanças na sociedade em relação aos problemas da população LGBT+. Os participantes enfatizaram que é importante que estes treinamentos proporcionem reflexões sobre os próprios preconceitos e perspectivas, mudanças em estigmas e prejuízos, ex-

pondo aos participantes as narrativas e experiências dos idosos LGBT+ e os ajudando a compreender uma miríade de necessidades das pessoas idosas LGBT+ (ROGERS *et al.*, 2013).

Estratégias são necessárias para assistir aos profissionais de saúde, promovendo qualidade e competências culturais no cuidado para a população idosa LGBT+ (LANDERS; MIMIAGA; KRINSKY, 2010). Em suma, profissionais da área de suporte, profissionais da área da assistência, residentes e demais indivíduos envolvidos no ambiente do residencial são uma fonte potencial de discriminação (JOHNSON *et al.*, 2005), agregando às angústias dos indivíduos idosos LGBT+ em sofrerem discriminações nestes ambientes. Enfatiza-se a necessidade de treinamento dos profissionais e mudanças no ambiente residencial para que haja o acolhimento e atendimento ideais para a população idosa LGBT+.

Oportunidades de capacitações

As análises apontam para a necessidade de desenvolver formações e capacitações permanentes, envolvendo até mesmo profissionais que se consideram LGBT+, e que essas formações avancem e se pautem na humanização, distanciando-se da lógica biologicista que reproduz ainda mais estigmas – quando da convergência das identidades com infecções como o HIV, o que também acarreta danos à saúde mental. Outro ponto passível de destaque é a ausência de conteúdos relacionados à saúde da população LGBT+ em currículos de formação dos profissionais da área da saúde (PARANHOS; WILLERDING; LAPOLLI, 2021).

Além disso, a falta de treinamento é condizente com a falta de familiaridade dos profissionais com problemas e tra-

tamentos de saúde relacionados à população LGBT+ (SILVA JUNIOR *et al.*, 2021). É emergencial a revisão dos materiais desenvolvidos pelas instituições, não só as de saúde, partindo do princípio básico de que a comunicação é o primeiro contato com pessoas LGBT+ (PARANHOS; WILLERDING; LAPOLLI, 2021).

O programa norte americano, criado por Hardacker *et al.* (2014), chamado HEALE (*Nurses' Health Education about LGBT Elders*), foi elaborado em seis módulos (1 – uma introdução à comunidade idosa LGBT; 2 – barreiras para os cuidados em saúde e disparidades na saúde; 3 – sexo e sexualidade da pessoa idosa LGBT; 4 – preocupações legais à pessoa idosa LGBT; 5 – uma introdução à comunidade transgênero; e, 6 – HIV e envelhecimento), para enfermeiros e profissionais de saúde, com o objetivo de melhorar e desenvolver suas habilidades para proporcionar e afirmar cuidados e competências culturais à indivíduos idosos LGBT+. Na avaliação do treinamento realizado, os dados apresentados obtiveram ganhos significativos estatisticamente em conhecimento em cada um dos módulos e ao completar o treinamento com competências culturais, os participantes demonstraram um ganho significativo em conhecimento independentemente do nível educacional de cada profissional.

Quanto aos relatos dos profissionais da enfermagem, estes informaram vivenciar mudanças positivas nas atitudes e desenvolver compreensão e empatia por seus pacientes idosos LGBT+; também, competências culturais para enfermeiros reduz barreiras no processo de cuidado e aumenta os resultados de saúde para pacientes que requerem assistência. Evidências deste estudo sugerem que aqueles que realizaram os seis módulos de curso demonstraram aumen-

to da empatia na direção da comunidade idosa LGBTQ+. Os participantes que decidiram desistir do curso foram identificados por seus pares como desconfortáveis com a comunidade LGBTQ+. Em suma, esses participantes se sentiram forçados em atender e acreditar que eles já tratam todos os pacientes como iguais, indicando um nível de cegueira cultural em vez de projetar objetivos de competência cultural (HARDACKER *et al.*, 2014).

Também, no estudo de Landers, Mimiaga e Krinsky (2010) houve o desenvolvimento de um programa de educação, chamado “*Open Door Project*” (Projeto Portas Abertas) para proporcionar conhecimento sobre a temática do indivíduo idoso LGBTQ+. Neste estudo, foi desenvolvido um grupo focal com 22 participantes, os quais informaram que o programa foi visto com olhares positivos para a mudança nos residenciais e por proporcionar conhecimentos aos profissionais de saúde. Este desenvolvimento promoveu mudanças na forma de proporcionar assistência aos indivíduos que se encontram no residencial. Além disso, o treinamento abordava o contexto de como reconhecer, trabalhar e proporcionar assistência aos residentes, com ênfase em situações em que haja um residente que se designe LGBTQ+. Outro ponto positivo a se destacar sobre o curso foi a oportunidade de adaptar formulários, prontuários, folhetos, expor símbolos e objetos para demonstrar um ambiente LGBTQ+ amigável; outrossim, as intervenções emergiram a temática de distinguir entre as crenças das pessoas, a responsabilidade profissional e como trabalhar com estes assuntos (LANDERS; MIMIAGA; KRINSKY, 2010; SUSSMAN *et al.*, 2018).

No desenvolvimento de capacitações, proporcionando as necessidades dos idosos LGBTQ+ devido a invisibilidade

vivenciada por muitos deles, é muito importante que estas pessoas sejam a chave fundamental no treinamento para ajudar a construir verdades entre a comunidade LGBTQ+ e os serviços disponibilizados. Para que haja esse desenvolvimento de treinamento e visibilidade, sugere-se criar oportunidades para pessoas idosas homoafetivas compartilharem suas habilidades, conhecimentos e atitudes nos problemas por elas enfrentados e com estes relatos as capacitações sejam elaboradas (ROGERS *et al.*, 2013).

O instrumento brasileiro denominado Medida de Necessidades de Treinamento para Atenção em Saúde ao Público LGBTQ+, construído e validado pelos autores Dullius e Martins (2020), pode ser utilizado como ferramenta de Análise de Necessidades de Treinamento (ANT) dos profissionais de saúde quanto à assistência ao usuário LGBTQ+, uma vez que a literatura nacional não disponibiliza nenhum instrumento de ANT ou outro instrumento nesta abordagem, viabilizando a proposta de ações educacionais compatíveis aos índices de prioridade levantados no diagnóstico. Com base no instrumento - composto de 39 itens, os quais abordam aspectos do usuário, dos profissionais de saúde e da comunidade - os gestores em contextos de saúde poderão utilizar esse recurso para verificar a necessidade de treinamento da sua equipe e, conforme os resultados obtidos, direcionar a capacitação aos profissionais que apresentam lacunas de competências, além de optar por um treinamento adequado segundo a natureza das habilidades requeridas, produzindo reflexos positivos e efetivos na assistência ao usuário do sistema de saúde.

A contextualização da Taxonomia de Bloom pode ser empregada nas intervenções aos profissionais de saúde em seu processo de ensino-aprendizagem da assistência em seu

trabalho diário; assim, com base nos resultados obtidos na aplicação do instrumento de ANT, o gestor da unidade pode elaborar o plano de intervenção/treinamento aos profissionais conforme o contexto do item que o profissional apresentou prioridade de treinamento. Deste modo, o profissional que irá escolher o conteúdo conforme o desempenho, elaborará procedimentos diferenciados para o ensino-aprendizagem-prática com estratégias para a obtenção final do objetivo de aprendizado alcançado (DULLIUS; MARTINS, 2020).

Para avaliar os profissionais de saúde quanto aos diferentes assuntos (e.g. cuidados com o indivíduo, engajamento dos profissionais com o indivíduo e a temática) propostos no instrumento e sua aprendizagem, verifica-se no contexto cognitivo a averiguação dos atos e pensamentos que o profissional apresenta quanto à assistência ao usuário LGBTQ+. Ainda, a avaliação do domínio afetivo e psicomotor encontra-se imersa no comportamento diário deste profissional em sua assistência ao usuário, além da comunicação não verbal apresentada. Aspectos que podem vir a ser apresentados durante o processo de treinamento e/ou na análise de necessidades de treinamento deste profissional (DULLIUS; MARTINS, 2020). A literatura nacional carece de instrumentos para guiar gestores e demais profissionais nos treinamentos/capacitações dos profissionais de saúde nesta abordagem a uma assistência humanizada à população idosa LGBTQ+.

Considerações finais

A sociedade se mantém pautada em estigmas e crenças sobre a sexualidade do indivíduo e o envelhecimento, fatos que guiam os “pre” conceitos dos indivíduos repercutin-

do negativamente em uma assistência fragmentada, culminando em uma pessoa idosa fragilizada e incorretamente assistida. Com medo de obterem assistência nas ILPIs, os indivíduos idosos LGBTQ+ acabam escondendo sua sexualidade para serem assistidos sem estigmas e violências no ambiente residencial. Os profissionais acabam obtendo poucas informações sobre o contexto da assistência às pessoas idosas LGBTQ+, fragmento de conhecimento devido à fragilidade do ensino na graduação, das capacitações e pela negação de existir preconceitos no ambiente residencial; abordagens que intensificam o preconceito e o cuidado fragmentado ao indivíduo idoso.

Para que haja mudanças nesta abordagem, capacitações são necessárias, instrumentos e cursos na perspectiva de orientar o profissional de saúde estão disponíveis na literatura norte americana, havendo um déficit na literatura nacional. A literatura nacional disponibiliza um instrumento para análise de necessidades de treinamento, mas não há tópicos específicos para capacitação sobre o indivíduo idoso LGBTQ+, apenas uma abordagem geral sobre o indivíduo LGBTQ+. Por fim, algumas limitações devem ser relacionadas, às restrições de estudos brasileiros nesta área e questões culturais devem ser consideradas. O incremento de estudos neste tópico está em ascendência nos últimos anos, porém maior demanda de estudos se faz necessária, bem como estratégias para capacitar profissionais de saúde neste assunto e ambientes residenciais inclusivos para as pessoas idosas LGBTQ+.

Agradecimento

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES).

Referências

ARAÚJO, C. M. et al. A (in) visibilidade do envelhecimento LGBT. *Revista Longeiver*, São Paulo, v. 2, n. 6, p. 107-110, 2020.

BENOIT, I.D.; KORDROSTAMI, E.; FOREMAN, J. Senior sexual and gender minorities' perception of healthcare services: A phenomenological approach. *International Journal of Healthcare Management*, Londres, 2020.

BLOOM, B. S. et al. *Taxonomy of educational objectives*. New York: David McKay, 1956.

CRENITTE, M. R. F.; MIGUEL, D. F.; JACOB FILHO, W. Abordagem das particularidades da velhice de lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros. *Revista Geriatria, Gerontologia e Aging*, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 50-56, 2019.

DULLIUS, W. R.; MARTINS, L. B. Training needs measure for health care of the LGBT+ public. *Revista Paidéia*, v. 30 p. e3034, 2020.

FURLOTTE C. et al. "Could We Hold Hands?" older lesbian and gay couples' perceptions of long-term care homes and home care. *Canadian Journal on Aging*, Toronto, v. 35, n. 4, p. 432-446, 2016.

GORISGH, P. C. V. DE S. *O reconhecimento dos direitos humanos LGBT: de Stonewall à ONU*. Appris Editora e Livraria Eireli-ME, 2014.

HARDACKER, C. T. et al. Adding silver to the rainbow: The development of the nurses' health education about LGBT elders (HEALE) cultural competency curriculum. *Journal of Nursing Management*, Nova Jersey, v. 22, p. 257-266, 2014.

HARRISON, A. E. Primary care of lesbian and gay patients: Educating ourselves and our students. *Journal Family Medicine*, Massachusetts, v. 28, p. 10-23, 1996.

JOHNSON, M. J. et al. Gay and lesbian perceptions of discrimination in retirement care facilities. *Journal of Homosexuality*, Nova Iorque, v. 49, n. 2, p. 83-102, 2005.

KING, A.; CRONIN, A. Bonds, bridges and ties: Applying social capital theory to LGBT people's housing concerns later in life. *Quality in Ageing and Older Adults*, Bingley, v. 17, n. 1, p. 16-25, 2016.

KORTES-MILLER, K. et al. Dying in long-term care: Perspectives from sexual and gender minority older adults about their fears and hopes for end of life. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*. Londres, v. 14, n. 2-3, p. 209-224, 2018.

LANDERS, S.; MIMIAGA, M.; KRINSKY, L. The open door project task force: A qualitative study on LGBT aging. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, Londres, v. 22, p. 316-336, 2010.

MINAYO, M. C. S. *O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

PARANHOS, W. R.; WILLERDING, I. A. V.; LAPOLLI, É. M. Formação dos profissionais de saúde para atendimento de LGBTQI+. *Revista Interface, Comunicação, Saúde, Educação*, São Paulo, v. 25, p. e200684, 2021.

PUTNEY, J.M. et al. "Fear Runs Deep:" The anticipated needs of LGBT older adults in long-term care. *Journal of Gerontological Social Work*, Londres, v. 61, n. 8, p. 887-907, 2018.

ROGERS, A. et al. Older LGBT adult training panels: An opportunity to educate about issues faced by the older LGBT community. *Journal of Gerontological Social Work*, Londres, v. 56, p. 580-595, 2013.

SILVA JUNIOR, J. R. et al. Assistência à saúde de residentes LGBTQI+ em instituições de longa permanência para idosos. *Revista Brasileira de Enfermagem – REBEn*, Brasília, v. 74 (suppl 2), p. e20200403, 2021.

SUSSMAN, T. et al. Supporting lesbian, gay, bisexual, & transgender inclusivity in long-term care homes: a Canadian perspective. *Canadian Journal on Aging*, Toronto, v. 37, n. 2, p. 121-132, 2018.

VALENTI, K; KATZ, A. Needs and perceptions of LGBTQ caregivers: The challenges of services and support. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, Londres, v. 26, p. 70-90, 2014.

10

O comportamento em saúde dos idosos sob a ótica do determinante letramento funcional em saúde

Samuel Salvi Romero

Emilli dos Santos

Julio Szymanski

Thiago Corazza Capitano

Helenice de Moura Scortegagna

Introdução

O envelhecimento populacional, que se configura como uma realidade mundial, assim como brasileira, tem exigido a atenção dos mais diversos setores de cuidado à saúde para o segmento idoso da sociedade contemporânea. Este fenômeno acontece, principalmente, pelo fato de existir uma combinação entre quedas acentuadas nas taxas de fertilidade e aumento da expectativa de vida (WHO, 2015). Assim, considerando o envelhecimento das pessoas como um fenômeno natural global, avalia-se a etapa da velhice como sendo uma garantia inerente ao desenvolvimento da personalidade, fa-

zendo parte da constituição do ser humano em sua natureza mais genuína (RUSSO; JÚNIOR, 2015).

No entanto, os indivíduos, na medida que envelhecem, podem tornar-se expostos a demandas de cuidados e terapêuticas associadas às possíveis alterações físicas, sensoriais, cognitivas, motoras, sociais, dentre outras, aumentando a busca por acolhimento na rede de atenção básica. Esta é uma situação que gera desafios a este cenário de saúde, incluindo a inserção de tecnologias inovadoras, no que diz respeito ao empoderamento dos usuários frente às novas formas de cuidado e compartilhamento do mesmo, o que exige dos usuários capacidades funcionais para valorizar, manter e melhorar suas condições de saúde.

O envelhecimento humano, por ser um processo de múltiplas dimensionalidades, requer abordagens mais amplas e interdisciplinares para a condução de caminhos de cuidado horizontais e que contemplem a integralidade do ser “envelhescente” [grifo nosso]. A partir deste contexto, emoldura-se um cenário de promoção da saúde na velhice, incluindo, acima de tudo, sociabilidade, educação, interação social e serviços caracterizados por maior acesso, segurança e níveis elevados de equidade em saúde (TORQUATO; MASSI; SANTANA, 2015).

As mudanças tecnológicas acompanham o processo do envelhecimento humano e denotam a promoção de oportunidades não disponíveis em outros níveis históricos. Emerge, assim, um cenário de diversos eventos e naturezas, condicionando a ampliação do olhar dos profissionais e comunidades, bem como, a transversalidade das clínicas voltadas ao atendimento, atenção, processos de cuidado e gestão do cuidado (WHO, 2015). Estas qualidades contemporâneas re-

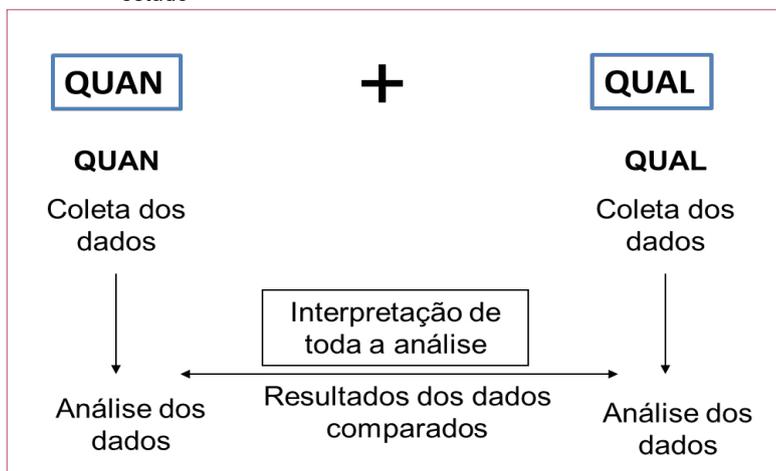
novam o olhar sobre o envelhecimento e problematizam o direcionamento das políticas, que não devem se restringir ao conservadorismo estigmatizado do processo de envelhecer, mas possibilitar novas abordagens que concentrem maior capacidade de reflexão acerca das singularidades do envelhecer, hoje em dia.

Como base importante para os serviços e equipes multiprofissionais, em especial a equipe de enfermagem, considerando uma nova forma de estas posicionarem-se na atuação coletiva, nos mais diversos níveis de complexidade, deve-se atentar para fatores pessoais dos idosos que podem interferir no processo terapêutico, como o letramento funcional em saúde (LFS). Nesse sentido, este capítulo tem como objetivo subsidiar ações na atenção à população idosa a partir de uma reflexão acerca do comportamento dos idosos, observando uma conceituação e experiência de pesquisa qualitativa e adentrando no universo da compreensão e integração do Letramento Funcional em Saúde.

Contextualização

Esse capítulo constrói uma análise, a partir de um recorte qualitativo dos dados de um estudo exploratório descritivo, caracterizado como desenho misto de pesquisa (Figura 1), constituinte de dissertação realizada no Programa de Pós Graduação em Envelhecimento Humano da Universidade de Passo Fundo. A construção foi baseada na avaliação do LFS dos idosos participantes e no comportamento de saúde identificado em uma parcela desta amostra.

Figura 1 – Estratégia sequencial para coleta e interpretação dos dados neste estudo



Fonte: adaptado de CRESWELL (2010).

Em uma amostra de idosos (n=175) residentes na área urbana de um município de pequeno porte localizado ao norte do Rio Grande do Sul, por meio de entrevista individual no domicílio, foi avaliado o LFS pela aplicação do teste S-TOFHLA, versão traduzida e adaptada no Brasil por Carthery-Goulart *et al.* (2009). Na avaliação do nível de LFS identificou-se que do total de idosos avaliados, 39,4% (n=69) apresentaram nível de LFS inadequado e 37,7% apresentaram nível de LFS limítrofe. A média de acertos no escore global do LFS ficou em 57,31% ($\pm 17,549$). Quanto aos dados sociodemográficos da amostra, 63,4% (n=111) eram do sexo feminino; 54,9% (n=96) estavam na faixa etária entre 60 e 69 anos, com uma média de idade de 70,7 anos ($\pm 7,64$); 70,3% (n=123) eram casados; 66,3% (n= 116) possuíam até três filhos; 58,3% (n=102) viviam sozinhos e 97,7% (n= 171) possuíam renda mensal. Quanto aos anos de estudo, 50,9%

(n=89) declararam possuir entre um e quatro anos de escolaridade; 97,1% (n=170) são aposentados e, destes, quatro possuem outra ocupação, distribuída entre serviços gerais, agricultura e trabalho assalariado.

Dentre o total de idosos da amostra, foram selecionados, aleatoriamente, dez (10) para responder às questões abertas, correspondendo à parte qualitativa deste estudo, prevendo a compreensão do impacto do LFS na vida destes idosos. Dentre os resultados obtidos, este capítulo constrói um ensaio reflexivo a partir do núcleo temático “**Costumes**”, prevendo construir elucubrações para a área do envelhecimento humano e os comportamentos associados, não encerrando o tema, mas contribuindo para a melhoria dos potenciais científicos atinentes.

Costumes dos idosos e tomadas de decisão: Aproximações, Aplicabilidades e Gestão do Cuidado

Os costumes emergiram das falas deste grupo de idosos como expressões dos aprendizados, da convivência familiar, das culturas adquiridas no decorrer da vida, assim como da interlocução de saberes vivenciada por todos. Estes costumes envolveram formas de autocuidado (uso de chás, ervas medicinais, práticas caseiras, experiências de família), reunião de amigos, trabalhos voluntários, assim como, formas de aprendizado para manter a capacidade intelectual, cognitiva e social.

Ao revelarem aproximação com algumas práticas e acesso a alguns recursos diferenciados como leituras, lazer e educação, permitiram inferir que o desenvolvimento da

apreensão, compreensão e obtenção de significados em saúde podem estar associados a oportunidades durante o decorrer da vida. Neste contexto, sugere-se que o letramento funcional em saúde adequado, também, pode ser considerado um resultado das ocasiões positivas a que foram expostos durante suas vivências ou sua busca pessoal.

Estes idosos confidenciaram que, mais do que aderir a terapêuticas que se encontram no campo das orientações dos profissionais, complementam suas práticas com escolhas próprias que são recompensas da vida, das vivências em família e do aprendizado coletivo. Estas escolhas, muitas vezes, diferem do que é preconizado, mas observa-se que são mantidas pelos idosos como sinônimo de identidade cultural e bem-estar, independentemente das vinculações punitivas que podem exercer no decorrer do tempo. Indissociavelmente, percebe-se que muitas das atividades adotadas como costume são arsenais potenciais de longevidade, atividade saudável e busca por equilíbrio biopsicossocial. Pode-se observar que o letramento funcional em saúde, neste contexto, varia de acordo com as oportunidades vivenciadas pelos idosos e da forma como são contempladas na vida diária. Contribuindo para a compreensão do comportamento em saúde dos idosos e do impacto que o letramento funcional em saúde tem no decorrer do processo de envelhecimento. Assim, o conhecimento dos costumes é imprescindível para o entendimento do contexto em que os idosos se inserem, no qual foi possível identificar que o uso de alternativas complementares para o cuidado em saúde é comum entre os idosos, destacando-se o cuidado com as plantas medicinais.

Diante do exposto, seguem alguns excertos das falas dos idosos para ilustrar:

Eu tomo o meu chá que a gente aprendeu a fazer no grupo das hortas e ele me faz melhor que o remédio. (Idoso 2)

Sim, às vezes eu faço alguma coisa diferente, mas porque eu acho que seria melhor né, mas eu vou tomando os remédios e mais o que eu penso junto (risos). (Idoso 5)

[...] eu procuro sair, tomar chá, uso minhas ervas medicinais. (Idoso 6)

Ah sim [...], tomo decisões minhas. Às vezes até uma automedicação pequena (risos), remédios caseiros, eu sou praticante. (Idoso 7)

[...]eu comparo as composições sempre e sendo este quase igual ao outro não precisa tomar os dois né. Elimino um na hora. (Idoso 9)

Sempre a gente utiliza alguma indicação antiga né, que seriam medicamentos caseiros[...], não é só lá na farmácia, tudo que é erva tem a sua serventia, finalidade. Diversos tipos de ervas que a gente tem realmente sabe que ajuda também. (Idoso 10)

Pode-se observar que dentre os costumes, um, extremamente difundido e praticado pelos idosos deste estudo, é o uso de plantas medicinais e fitoterapia. O uso de plantas, historicamente, faz parte do tratamento de enfermidades pelas populações antigas e por seu reconhecimento como influência positiva no bem-estar e na manutenção da saúde vem sendo utilizado até a atualidade (OLIVEIRA *et al.*, 2020). Corroborando com estes achados, o estudo de Silva *et al.* (2015) identificou o uso das plantas medicinais para manter ou melhorar o cuidado em saúde, constatando esta prática em 90,4% da população idosa entrevistada, sendo que cerca de quarenta espécies de plantas medicinais foram mencionadas pelos mesmos. Ainda, 55% relatam que o uso de plantas medicinais não seria nocivo, devido à crença de que estas eram naturais, aproximando-se dos relatos obtidos neste estudo. O uso das plantas medicinais também foi identificado no estudo de Gonçalves *et al.* (2014), reali-

zado com 54 idosos, que mencionaram, aproximadamente, 23 espécies de plantas medicinais usadas como práticas alternativas no cuidado à saúde bucal, inferindo a frequência na utilização desta terapêutica complementar. No estudo de Ângelo e Ribeiro (2014), o uso de plantas medicinais foi revelado por 70% dos idosos entrevistados, sendo que, destes, 61% utilizavam da prática quando apresentavam algum sintoma patológico, evidenciando o uso deste recurso em momentos de crise ou emergências.

Além das práticas integrativas e complementares denota-se o uso de medicamentos alopáticos associados a estas, devido às condições crônicas, muitas vezes presentes. O uso de diversos fármacos combinados a formas complementares de cuidado foi descrito pelos idosos deste estudo, conforme os excertos de falas, e foi, também, tema que configurou o fenômeno de uma revisão realizada por Oliveira e Santos (2016). Esta revisão promove uma discussão para a questão da polifarmácia, além da automedicação e combinações excessivas de medicamentos para sanar sinais e sintomas das doenças crônicas não transmissíveis, comuns nesta população estudada. Cenário, este, que Almeida *et al.* (2015) atestam ao identificarem em seu estudo prevalência de 55,3% do diagnóstico de hipertensão arterial, dentre outros problemas de saúde relatados, entre as idosas entrevistadas. Diante disso, Araújo *et al.* (2015) reiteram a necessidade de se traçar planos terapêuticos que visem à promoção e educação em saúde para idosos, considerando a realização de propostas físicas e cognitivas nas mesmas intervenções, respeitando, além das individualidades do idoso, o aspecto global dos indivíduos.

Diante do fato que o envelhecimento populacional é uma realidade no país, emerge a demanda por novos enfo-

ques em saúde, considerando as consequentes mudanças no perfil socioeconômico da população que envelhece. Nesse sentido, importante atentar que a população brasileira é fruto de uma miscigenação de povos, e compõe uma miscelânea de costumes em saúde, advindos desde sua gênese e transmitidos entre as suas gerações. Dessa maneira, os costumes em saúde são individuais, sendo eles praticados de modos diferentes entre os indivíduos. Os costumes tem significativa importância na atenção à saúde, pois fundamentam e modificam processos em saúde, e conhecê-los é necessário para pautar o desenvolvimento do cuidado, essencialmente no tratamento da população idosa, em que deve ser valorizado suas crenças, cultura e hábitos de vida (FALLER; MARCON, 2013).

O idoso, estar no papel central do autocuidado e se valer de sua cultura em saúde é um processo antropológico. Em termos práticos, o idoso acometido por doença crônica pode ser responsável pelo desempenho de ações rotineiras de cuidado em prol de sua saúde, o que vai lhe exigir um nível de LFS satisfatório para o exercício do autocuidado adequado e para a promoção de boa saúde (SCORTEGAGNA *et al.*, 2020). Nesse sentido, os costumes em saúde praticados pelos idosos devem ser levados em consideração pelas equipes de saúde no processo de planejamento terapêutico. Ademais, a presença de uma rede de apoio no manejo das comorbidades e processos de tratamento de doenças, além do auxílio e compreensão da manutenção de saúde dos idosos é fator fundamental na velhice (BETIOLLI *et al.*, 2014).

A partir destas considerações, observa-se a importância do conhecimento conceitual e da avaliação do nível de LFS por parte dos profissionais atuantes no cuidado, constituin-

do-se como um parâmetro fidedigno de entendimento das condições da população em obter, processar, compreender e adotar condutas em saúde provenientes dos diversos profissionais que realizam e prestam o cuidado aos usuários. Avaliar o nível de letramento funcional em saúde de uma população, pode se tornar fator de desenvolvimento de ações integrais, sendo que esta avaliação permite o conhecimento do perfil de compreensão em escrita e leitura e, também, de numeramento por parte da população em questão. Além disso determina parâmetros confiáveis no que diz respeito ao entendimento das prescrições associadas à terapêutica em geral, bem como à compreensão por parte dos usuários na comunicação utilizada pelo profissional no contexto do cuidado (ROMERO *et al.*, 2017).

O termo letramento é procedente da palavra inglesa *literacy* e conduz a uma ideia de utilização mais avançada das habilidades de escrita e leitura das populações. Para Medeiros (2016), o modelo ideológico de letramento valoriza o contexto de produção e o significado cultural. Respeita e considera importante a diversidade das práticas letradas em todas as áreas da vida humana. Entende que os não alfabetizados, mesmo não sabendo ler e escrever, podem ter em sua vida diária eventos e práticas de letramento, assim como, um indivíduo pode ter um bom nível de instrução (escolaridade) e não entender as orientações sobre sua morbidade.

Desta forma, um indivíduo com nível de letramento satisfatório poderia ter melhores condições de saúde do que aquele que tem letramento limitado ou inadequado. Este último daria menos importância sobre as medidas preventivas em saúde e teria uma maior complexidade em entender

as orientações que lhe são repassadas, no que diz respeito à medicação.

Nesse sentido, importante considerar que o LFS pode mudar quando as experiências em saúde aumentam, incluindo as oportunidades vivenciadas pelos mais diversos usuários, mudando suas escolhas e, conseqüentemente, seus resultados (BERKMAN; DAVI; MCCORMACK, 2010). Diante disso, a atenção do profissional é decisiva para nortear cardápios e fluxogramas, prevendo adequação das necessidades das populações que são atendidas e avaliadas (ROMERO, 2017).

Para tanto, os profissionais de saúde necessitam de mais conhecimentos e habilidades sobre LFS para lidarem com seus pacientes e cuidadores com baixo letramento. Esta lógica na atuação dos profissionais em ambientes de cuidado permite visualizar deficiências para o autocuidado, assim como, prever limitações próprias acerca da compreensão de terapêuticas assumidas nas propostas de cuidado. Os níveis de segurança estabelecidos nesta interlocução contribuem para a satisfação dos usuários e para o estabelecimento de condições integrais de cuidado, pautadas, sobretudo, nas histórias de vida das populações (ROMERO *et al.*, 2017).

No que se refere a práticas favoráveis para amenizar a pouca escolaridade em saúde, pode-se avaliar que melhorar o treinamento no que diz respeito ao letramento em saúde para os profissionais da área tem recebido uma crescente ênfase nos últimos anos, e a avaliação de currículos dos profissionais da saúde tem sido limitado pela falta de competências educacionais acordadas nessa área (COLEMAN; HUDSON; MAINE, 2013). O atual contexto de saúde requer dos

usuários variadas capacidades para valorizar, manter e melhorar as suas condições de saúde (ROMERO *et al.*, 2017).

Para Sonrensen *et al.* (2012) letramento funcional em saúde significa colocar a própria saúde, de sua família e da população em um contexto e, por conseguinte, entender o que está influenciando e saber como agir com elas. O LSF propõe a aplicação de um nível maior de conhecimentos, além da avaliação de habilidades pessoais e segurança para tomar decisões que melhorem a saúde individual e coletiva, assim, mudando estilos e condições de saúde (IOM, 2013). Pode-se exemplificar com Volpato, Martins e Mialhe (2009, p. 309) quando nos dizem que:

O baixo cumprimento ao tratamento pode ser intencional, ou seja, o paciente tem a decisão consciente de não utilizar o medicamento como prescrito, ou, ainda pode ser involuntário e, neste caso, o paciente tem a intenção de administrar o medicamento como foi prescrito, mas é impedido de fazê-lo. Este fato ocorre muitas vezes devido ao seu baixo nível de letramento em saúde.

O LFS é um campo em construção, havendo diferenças marcantes nas diversas concepções do constructo que influenciam as ações diretamente ligadas à população. Não são só as habilidades básicas de letramento dos indivíduos que condicionam o letramento em saúde, mas uma interação envolvendo a informação, busca e a interpretação de um sistema (PASSAMAI *et al.*, 2012). É uma ferramenta para promover a qualificação dos indivíduos para assumirem o controle de sua saúde, optando por usar informações corretas para gerar proveitos pessoais e sociais, apoio para construir uma ação comunitária, base para desenvolver o humano e social (IOM, 2013).

Pode ser um determinante para reformular políticas e práticas de diversos serviços voltados à saúde, no entanto,

sua mensuração deve ser baseada e aplicada em instrumentos confiáveis, para que os resultados possam oferecer benefícios e ferramentas para diminuir as diferenças em saúde, atribuídas ao insuficiente letramento em saúde (COOLINS *et al.*, 2012). Deve se considerar, contudo, a introdução do LFS nas agendas dos diferentes serviços, emitindo um caráter integral na assistência às populações, predizendo ainda, equidade na assistência (ROMERO, 2017). As equipes podem assumir características seguras ampliando o olhar terapêutico e comprometendo seus pares a construir processos de trabalho horizontalizados, universais e humanos.

Estas considerações apresentadas fundamentam a importância do conhecimento conceitual do LFS por parte dos profissionais, incluindo a assistência às doenças crônicas e em outros contextos, potencializando a promoção de relações terapêuticas mais seguras no decorrer do processo do cuidado. A não identificação do letramento funcional em saúde como um determinante importante ao assumir práticas e condutas, pode resultar em insatisfação terapêutica, bem como em falhas de comunicação importantes entre usuários e profissionais. (ROMERO, 2017). Essa análise permite compreender o quanto a percepção em relação aos costumes dos idosos pode melhorar o cuidado e a longitudinalidade da atenção dispensada.

Considerações finais

O LFS é um tema relativamente recente como estudo no Brasil. Conhecer e promover uma discussão acerca de suas aplicabilidades nos currículos da saúde é de relevância, incluindo a organização de fluxos e processos de traba-

lho, gestão do cuidado e de serviços de saúde. A promoção da saúde e o comportamento em saúde apresentaram subsídios nas mais variadas expressões e sentimentos dos idosos. Esta construção permitiu inferir que os gostos pessoais da população idosa devem ser considerados na contratualização de projetos terapêuticos. As formas de vivências e convivências entre idosos e suas redes sociais alertam para as propostas terapêuticas que podem ser assumidas. Esta consideração exprime o respeito às singularidades e individualidades dos idosos, norteadas por ações de cunho gestor, educativo e preventivo na rede de atenção primária à saúde.

Nas condições crônicas, inferindo a importância de processos de autoconhecimento e autocuidado, o nível de LFS pode ser preditor de boas condutas, incluindo a adesão terapêutica medicamentosa ou não, aceitação da terapêutica contratualizada e indutor para respostas positivas. Ainda, pode ser um indicador de atenção para intervenções, terapêuticas e políticas de diversos serviços em saúde, contudo sua avaliação deve ser sustentada por instrumentos válidos e que contribuam para o entendimento das disparidades em saúde, atribuídas ao baixo letramento em saúde de usuários e profissionais, incluindo enfermeiros atuantes no contexto hospitalar.

Percebe-se, contudo, que a difusão do tema letramento funcional em saúde pelo mundo configura-se como uma temática a ser explorada e, sobretudo, introduzida como foco de avaliação em saúde visando a integralidade da assistência e oferta de ações e intervenções mais saudáveis e seguras ao longo do processo do cuidado humano. Desta forma, pode-se inferir que a associação de ferramentas gestoras no cuidado hospitalar e frente às condições crônicas com o LFS

pode contribuir para uma comunicação humanizada e integral promovendo, acima de tudo, comunidades mais saudáveis e potenciais educadores na construção de uma perspectiva gestora integral.

Infere-se, contudo, que a insuficiência de estudos no contexto do Letramento Funcional em Saúde Idoso pode levar a iniquidades relacionadas ao tema, excluindo a avaliação do LFS da agenda dos serviços e subestimando sua importância no contexto das comunidades. Há que se considerar, ainda, que o LFS é um determinante que aponta para características sociais e clínicas importantes, se bem avaliado e com devido planejamento por parte dos profissionais de saúde, norteando cardápios e fluxogramas dos serviços, atendendo às demandas da atenção à saúde da população, especialmente do segmento idoso.

Referências

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, 2015.

ÂNGELO T.; RIBEIRO C.C. Utilização de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos por idosos. *Ciência & Desenvolvimento: revista eletrônica da FAINOR*, Vitória da Conquista, v. 7, n. 1, p. 18-31, Jan./Jun. 2014.

ARAÚJO, C.C.R de. *et al.* Aspectos cognitivos e nível de atividade física de idosos. *Saúde* (Santa Maria), Santa Maria, v. 41, n. 2, Jul./Dez, p. 193-202, 2015.

BERKMAN, N.D; DAVIS, T.C; MCCORMACK, L. Health literacy: what is it? *Journal of Health Communication*, Washington, v. 15, n. 9, p. 9-19, 2010.

BETIOLLI, S.E. *et al.* Práticas culturais com a saúde sob a ótica de idosos longevos. *Ciência, Cuidado e Saúde*, v. 13, n. 2, p. 318-326, Abr./Jun. 2014.

CARTHERY-GOULART, M.T. *et al.* Performance of a Brazilian Population on the test of functional health literacy in adults. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 43, n. 4, p.631-638, Ago. 2009.

COLEMAN, C.A.; HUDSON, S.; MAINE, L.L. Health Literacy Practices and Educational Competencies for Health Professionals: A Consensus Study. *Journal of Health Communication*, Washington, v. 18, n. 1, p. 82-102, 2013.

COLLINS, S.A. *et al.* Health literacy screening instruments for eHealth applications: A systematic review. *Journal of Biomedical Informatics*, Phoenix, v. 45, n. 3, p. 598–607, 2012.

CRESWELL, J.W. *Projeto de Pesquisa: Métodos Qualitativo, Quantitativo e Misto*; Tradução Magda Lopes. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 296 páginas, 2010.

FALLER, J.W.; MARCON, S.S. Práticas socioculturais e de cuidado à saúde de idosos em diferentes etnias. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 512-519, Jul./Set. 2013.

GONÇALVES, Z.A. *et al.* Alternativas terapêuticas para tratamento de afecções bucais no idoso. *Revista Odontológica do Brasil Central*, v. 23, n. 66, Set./Out. 2014.

IOM - Institute of Medicine. *Health literacy: improving health, health systems, and health policy around the world: workshop summary*. Washington, DC: The National Academies Press; 2013. 235p.

MEDEIROS, L.D.M.L.A.M. *Letramento e Trabalho: um estudo sobre práticas de letramento de profissionais da saúde no curso de formação para maternidade*. 2016. Dissertação (Mestrado em Estudos da Linguagem) - Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal.

OLIVEIRA, L.P.B.A; SANTOS, S.M.A. Uma revisão integrativa sobre o uso de medicamentos por idosos na atenção primária à saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 50, n. 1, p. 163-174, 2016.

OLIVEIRA, V.M. *et al.* Uso de plantas medicinais por idosos. *Revista Anápolis Digital*, Anápolis, v.10, n. 1, 2020.

PASSAMAI, M.P.B. *et al.* Functional health literacy: reflections and concepts on its impact on the interaction among users, professionals and the health system. *Interface – Comunicação Saúde Educação*, Botucatu, v.16, n.41, p.301-14, abr./jun. 2012.

ROMERO, S.S. *Letramento Funcional em Saúde de idosos*. 2017. Dissertação (Mestrado em Envelhecimento Humano) - Faculdade de Educação Física e Fisioterapia, Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo.

ROMERO, S.S.; SCORTEGAGNA, H.M.; DORING, M. Letramento Funcional em Saúde e Envelhecimento Humano. In: COMIN, C.O. *et al.* (Org). *Doenças Crônicas: Perspectivas*. 13. ed. Passo Fundo: Berthier, 2017. p. 167-178.

RUSSO, T.N.; JUNIOR, V.F.N. O estado brasileiro e a garantia fundamental de um envelhecimento digno. In: III CONGRESSO BRASILEIRO DE PROCESSO COLETIVO E CIDADANIA, n. 3, 2015, Ribeirão Preto. Anais. São Paulo: UNAERP, 2015, p. 243-248.

SCORTEGAGNA, H.M. *et al.* Letramento funcional em saúde de idosos hipertensos e diabéticos atendidos na Estratégia Saúde da Família. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, 2021.

SILVA, C.L.C. O Homem na Cultura Reinventando a Língua: Aquisição e Letramento. In: TOLDO, C.; STURM, L. (Orgs.). *Letramento: Práticas de Leitura e Escrita*. Campinas, SP: Pontes Editores, 2015.

SORENSEN, K. *et al.* Consortium Health Literacy Project European. Health Literacy an public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, Indianápolis, v. 12, n. 1, p. 1-13, 2012.

TORQUATO, R.; MASSI, G.; SANTANA, A.P. Envelhecimento e letramento: a leitura e a escrita na perspectiva de pessoas com mais de 60 anos de idade. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 24, p. 89-98, 2011.

VOLPATO, L.F.; MARTINS, L.C.; MIALHE, F.L. Bulas de medicamentos e profissionais de saúde: ajudam ou complicam a compreensão dos usuários? *Revista Ciência Farmacêutica Básica Aplicadas*, Araraquara, v. 30, n. 3, p. 309-314, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZACION. Relatório mundial de Envelhecimento e Saúde. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2015.



Sobre os(as) autores(as)

Adriano Pasqualotti - Matemático. Graduado pela Universidade de Passo Fundo – UPF. Pós-doutor pela Universidade de Lisboa - UL, Portugal. Doutor em Informática na Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS. Mestre em Ciência da Computação pela UFRGS. Docente da UPF.

Alexandre de Araujo de Domenico - Enfermeiro. Graduado pela Universidade de Passo Fundo – UPF. Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano da UPF, bolsista CAPES/PROSUC. Enfermeiro no Hospital São Vicente de Paulo, Passo Fundo, RS.

Aline de Oliveira Martins - Educadora Física. Graduada pela Universidade de Cruz Alta – UNICRUZ. Mestre em Educação Física pela Universidade Federal de Santa Maria – UFSM. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano da Universidade de Passo Fundo, bolsista CAPES. Docente da Faculdade Especializada na Área da Saúde do Rio Grande do Sul - FASURGS.

Álison Secchi - Psicólogo. Graduado pela Universidade de Passo Fundo - UPF. Mestrando no Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano da Universidade de Passo Fundo, bolsista CAPES II. Integrante do Laboratório de Pesquisas e Práticas em Avaliação e Intervenção Psicológica - LAPSI/UPF.

Ana Carolina Bertoletti De Marchi - Bacharel em Informática. Graduada pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - PUCRS. Doutora em Informática na Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS. Mestre em Computação pela UFRGS. Docente da Universidade de Passo Fundo - UPF.

Ana Luisa Sant' Anna Alves - Nutricionista. Graduada pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS. Pós-doutora na Technische Universität Kaiserslautern, Alemanha. Doutora em Epidemiologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS. Mestre em Ciências da Saúde pela UNISINOS. Docente da Universidade de Passo Fundo - UPF.

Charise Dallazem Bertol - Farmacêutica. Graduada pela Universidade de Passo Fundo - UPF. Doutora em Ciências Farmacêuticas pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS. Mestre em Farmácia pela Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC. Docente da UPF.

Cristina Fioreze - Assistente Social. Graduada pela Universidade de Caxias do Sul – UCS. Doutora em Sociologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS. Mestre em Educação pela Universidade de Passo Fundo – UPF. Docente da UPF.

Dany Thomaz Gonçalves - Graduado em Letras Português/Inglês pela Fundação Educacional Unificada Campograndense – FEUC. Mestre em Linguística pela Universidade de São Paulo – USP. Doutorando no Programa de Pós-graduação em Linguística pela Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ. Professor de Língua inglesa pela Secretaria Municipal de Educação do Rio de Janeiro – SME-RJ.

Eduardo dos Santos de Lima - Psicólogo. Graduado pela Universidade de Passo Fundo - UPF. Mestre em Envelhecimento Humano pela Universidade de Passo Fundo, bolsista FAPERGS. Integrante do grupo Laboratório de Pesquisas e Práticas em Avaliação e Intervenção Psicológica – LAPSI/UPF.

Emilli dos Santos - Acadêmica do curso de Medicina da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Erechim. Bolsista no projeto de iniciação científica (PIIC - URI).

Helenice de Moura Scortegagna - Enfermeira. Graduada pela Universidade de Passo Fundo – UPF. Pós-doutora pela Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP. Doutora e Mestre pela Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC. Titulada Especialista em Gerontologia pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia – SBGG. Docente da UPF.

Julio Szymanski - Acadêmico do curso de Enfermagem pela Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Erechim.

Karini da Rosa - Farmacêutica, Graduada pela Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC. Mestre em Promoção da Saúde pela UNISC. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano da Universidade de Passo Fundo. Bolsista FUPF. Integrante do Laboratório Interdisciplinar de

Produção e Análise Biológica de Compostos - LAPROBIC. Farmacêutica no Hospital São Vicente de Paulo, Passo Fundo, RS.

Karla Goessler - Educadora Física. Graduada pela Universidade Estadual de Londrina - UEL. Mestre e Doutora em Educação Física pela UEL. Pós-doutoranda na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - FMUSP, bolsista FAPESP. Docente Colaboradora na FMUSP.

Luciane Prado Kantorski - Enfermeira. Graduada pela Universidade Federal de Santa Maria – UFSM. Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto - EERP. Mestre em Educação pela UFSM. Docente na Universidade Federal de Pelotas – UFPEL.

Milena Uriarte Fauro - Nutricionista. Graduada pela Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões - URI, Erechim. Pós-graduanda em Nutrigenômica e Modulação Intestinal, pelo Instituto de Pesquisas Ensino e Gestão em Saúde – IPGS. Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano da Universidade de Passo Fundo.

Paola Pereira dos Santos Soranzo - Psicóloga. Graduada pela Universidade de Passo Fundo - UPF. Psicóloga residente no Programa de Residência em Atenção ao Câncer do Hospital de Clínicas/UPF/ Secretaria Municipal de Saúde. Bolsista Ministério da Saúde, MS, Brasil.

Paulo Cezar Mello - Licenciado em Educação Física. Graduado pela Universidade de Passo Fundo - UPF. Especialista em Ciência dos Desportos Coletivos pela UPF. Mestrando no Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano da Universidade de Passo Fundo. Docente da UPF.

Rafaela Andreia Pedot - Psicóloga. Graduada pela Universidade de Passo Fundo – UPF. Especialista em Gestão Estratégica de Pessoas pela Faculdade Educacional da Lapa – FAEL e Especialista em Psicologia do Trânsito pela Faculdade Unyleya. Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano da Universidade de Passo Fundo, bolsista CAPES/PROSUC.

Samuel Salvi Romero - Enfermeiro. Graduado pela Universidade Federal de Pelotas – UFPel. Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS. Mestre em Envelhecimento Humano pela Universidade de Passo Fundo – UPF. Docente da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Erechim.

Silvana Alba Scortegagna - Psicóloga. Graduada pela Universidade de Passo Fundo - UPF. 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. Docente da UPF.

Suraia Estacia Ambros - Psicóloga. Graduada pela Universidade de Passo Fundo – UPF. Mestre em Educação pela UPF. Especialista em metodologia do Ensino Superior pela UPF. Tutora no Programa de Residência em Atenção ao Câncer do Hospital de Clínicas/UPF/ Secretaria Municipal de Saúde. Docente da UPF.

Tatiana Staudt - Farmacêutica, Graduada pela Universidade de Passo Fundo - UPF. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano - UPF, Bolsista CAPES II. Integrante do Laboratório Interdisciplinar de Produção e

Análise Biológica de Compostos - LAPROBIC. Farmacêutica no Hospital São Vicente de Paulo, Passo Fundo, RS.

Thiago Corazza Capitanio - Acadêmico do curso de Psicologia pela Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Erechim.

Willian Roger Dullius - Enfermeiro. Graduado pela Universidade de Passo Fundo - UPF. Mestre em Psicologia pela Faculdade Meridional – IMED. Doutorando no Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano da Universidade de Passo Fundo, bolsista CAPES II.

Envelhecimento Humano

Saúde, Inovação e Desenvolvimento
Sustentável

