



CIÊNCIAS DA SAÚDE: ESTUDOS PARA MANUTENÇÃO E MELHORIA DA VIDA

VOLUME XX

Plínio Ferreira Pires

Ciências da saúde: estudos para manutenção e melhoria da vida

20^a ed.

Piracanjuba-GO
Editora Conhecimento Livre
Piracanjuba-GO

20ª ed.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Pires, Plínio Ferreira
P638C Ciências da saúde: estudos para manutenção e melhoria da vida
/ Plínio Ferreira Pires. – Piracanjuba-GO

Editora Conhecimento Livre, 2025

73 f.: il

DOI: 10.37423/2025.edcl1205

ISBN: 978-65-5367-717-3

Modo de acesso: World Wide Web

Incluir Bibliografia

1. equipe 2. prevenção 3. tratamento 4. diagnóstico 5. prognóstico I. Pires, Plínio Ferreira II. Título

CDU: 613

<https://doi.org/10.37423/2025.edcl1205>

O conteúdo dos artigos e sua correção ortográfica são de responsabilidade exclusiva dos seus respectivos autores.

EDITORIA CONHECIMENTO LIVRE

Corpo Editorial

MSc Edson Ribeiro de Britto de Almeida Junior

MSc Humberto Costa

MSc Thays Merçon

MSc Adalberto Zorzo

MSc Taiane Aparecida Ribeiro Nepomoceno

PHD Willian Douglas Guilherme

MSc Andrea Carla Agnes e Silva Pinto

Dr. Walmir Fernandes Pereira

MSc Edisio Alves de Aguiar Junior

MSc Rodrigo Sanchotene Silva

MSc Adriano Pereira da Silva

MSc Frederico Celestino Barbosa

MSc Guilherme Fernando Ribeiro

MSc. Plínio Ferreira Pires

MSc Fabricio Vieira Cavalcante

PHD Marcus Fernando da Silva Praxedes

MSc Simone Buchignani Maigret

Dr. Adilson Tadeu Basquerote

Dra. Thays Zigante Furlan

MSc Camila Concato

PHD Miguel Adriano Inácio

Dra. Anelisa Mota Gregoleti

PHD Jesus Rodrigues Lemos

MSc Karine Moreira Gomes Sales

Dr. Saulo Cerqueira de Aguiar Soares

MSc Pedro Panhoca da Silva

MSc Helton Rangel Coutinho Junior

MSc Carlos Augusto Zilli

MSc Euvaldo de Sousa Costa Junior

Dra. Suely Lopes de Azevedo

Dr. Francisco Odecio Sales

MSc Ezequiel Martins Ferreira

MSc Eliane Avelina de Azevedo Sampaio

MSc Carlos Eduardo De Oliveira Gontijo

Dr. Rodrigo Couto Santos

Dra. Milena Gaion Malosso

PHD Marcos Pereira Dos Santos

CAPÍTULO 1	5
RELATO DE EXPERIÊNCIA DA REDE DE MULHERES PRODUTORAS DA SERRA RJ: MOBILIZAÇÃO POPULAR, SAÚDE COLETIVA E GERAÇÃO DE RENDA	
Marcela Abreu Guimarães Ana Maria Pereira DOI 10.37423/251010334	
CAPÍTULO 2	13
O PAPEL DA SEPSE NA MORTALIDADE DE PACIENTES COM COVID-19: UMA ANÁLISE ABRANGENTE	
Ayla Aparecida Lorena Seixas Suzana Andrade da Silva Lopes DOI 10.37423/251010350	
CAPÍTULO 3	20
RECRUDESCÊNCIA DIAGNÓSTICA DA INFECÇÃO PELO HIV EM JOVENS - OS DESAFIOS EM TERMOS DE SAÚDE PÚBLICA	
Giancarlo Coelho Mattedi Filho Wictor Rafael Machado Santana Gabriel Campos Veloso DOI 10.37423/251010349	
CAPÍTULO 4	31
EPIDEMIOLOGIA DA ATIVIDADE FÍSICA: MENSURAÇÃO, RECOMENDAÇÕES E IMPLICAÇÕES PARA A SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL	
Débora Goulart Bourscheid Suellem Zanlorenci DOI 10.37423/251010369	
CAPÍTULO 5	44
DA LONGEVIDADE À FUNCIONALIDADE: ENVELHECIMENTO, DECLÍNIO FUNCIONAL E SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL	
Débora Goulart Bourscheid Suellem Zanlorenci DOI 10.37423/251010370	
CAPÍTULO 6	59
IMPACTO DA SAÚDE MENTAL NO CICLO GRAVÍDICOPUERPERAL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA	
KLEOPATRA NOEME BARBOSA ALVES CLAUDIANEIA SANTANA BELO LINO LUIZA ANDRESSA ARAUJO BRAZ DOI 10.37423/251010414	

Capítulo 1



10.37423/251010334

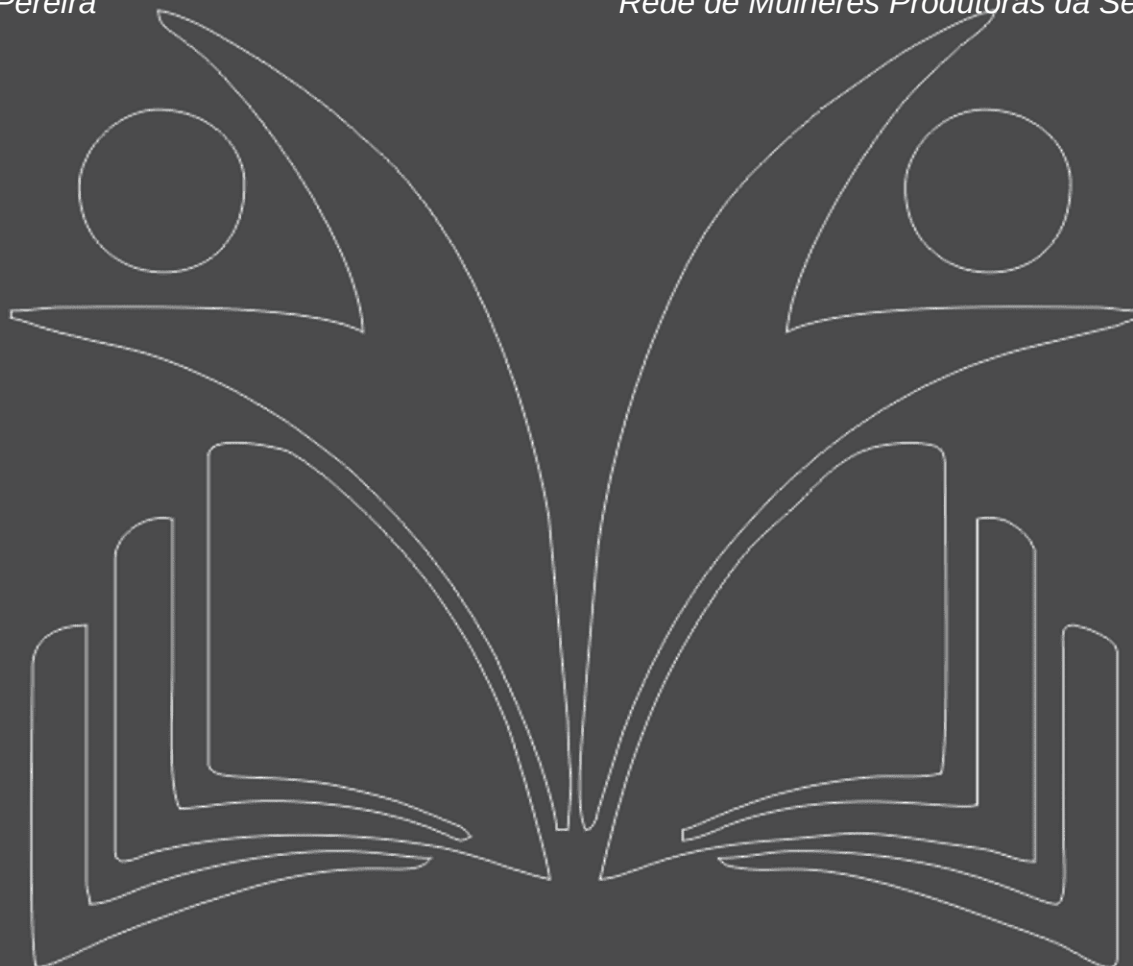
RELATO DE EXPERIÊNCIA DA REDE DE MULHERES PRODUTORAS DA SERRA RJ: MOBILIZAÇÃO POPULAR, SAÚDE COLETIVA E GERAÇÃO DE RENDA

Marcela Abreu Guimarães

Rede de Mulheres Produtoras da Serra RJ

Ana Maria Pereira

Rede de Mulheres Produtoras da Serra RJ



Palavras-chave: Gênero; Feminismos; Agroecologia; Saúde Popular

APRESENTAÇÃO E CONTEXTUALIZAÇÃO DA EXPERIÊNCIA

A Rede de Mulheres Produtoras da Serra RJ foi criada a partir do Encontro de Mulheres Serranas por Direitos e pelo Bem Viver, realizado em Nova Friburgo/RJ no dia 6 de maio de 2023 por diversas organizações do movimento feminista da serra fluminense e contou com a participação de mais de 130 mulheres de 9 Municípios da região (Bom Jardim, Cachoeiras de Macacu, Cantagalo, Cordeiro, Quissamã, Nova Friburgo, São José do Vale do Rio Preto, Teresópolis e Trajano de Moraes). Durante o evento, nos dividimos em rodas de conversas temáticas para que todas pudessem contribuir com a análise de conjuntura e da situação de seu território, apontando prioridades para a Região Serrana do Rio de Janeiro a partir do olhar e da experiência aportada por suas lutas e/ou de seus coletivos.

Na roda de conversa temática “Mulheres, trabalho digno e estratégias para geração de renda” (figura 1) discutimos a importância do fortalecimento da luta das mulheres para fomentar o cooperativismo, o associativismo e o trabalho em redes como principal forma de produção. Destacou-se a importância da realização de cursos que atendam às necessidades do mercado local e das próprias trabalhadoras. Foi levantado o debate sobre empreendedorismo digno para comunidades empobrecidas pelo capital, periféricas e rurais.



Figura 1. Roda de conversa temática “Mulheres, trabalho digno e estratégias para geração de renda”

Criamos um Grupo de Trabalho (GT) a fim de concretizar as seguintes ações prioritárias: 1. grupo no WhatsApp para articular a Rede de Mulheres Produtoras da Serra, promovendo trocas de experiências e planejamento de ações como feiras, formações e elaboração de produtos coletivos (cestas sazonais de autocuidado); 2. selo específico que identifique os produtos feitos pelas mulheres, a fim de criar identidade para a rede e quem quiser apoiar a causa das mulheres possa fazê-lo, agregando valor às nossas produções; 3. página nas redes sociais para visibilização e comercialização dos nossos produtos e serviços.

A serra do Rio de Janeiro é conhecida pelo turismo histórico-cultural, na perspectiva da colonialidade, e pelo turismo de aventura/natureza, assim como pela produção agrícola convencional e de lingerie, principalmente a cidade de Nova Friburgo e os municípios do entorno. As mulheres, no entanto, estão em situação precária de geração de renda e invisibilização do trabalho doméstico e do cuidado. As experiências, memórias e expressões culturais das descendentes de indígenas e negros que viveram os períodos de ascensão e declínio da produção de café e, posteriormente, de granjas na região passaram por um forte processo de discriminação e apagamento. As relações sociais e étnico-raciais desiguais, frutos deste processo histórico, têm diversas consequências, tais como: alto índice de alcoolismo; sexualização precoce; casamento de adolescentes e jovens como forma de terem alguma autonomia em relação à família de origem, o que as expõem a situações de violência doméstica; desvalorização e superexploração do trabalho (grande parte das mulheres na roça têm como única fonte de renda o trabalho em parceria com seus companheiros nas plantações da agricultura familiar, o beneficiamento de alimentos sazonais, o cultivo em terras de terceiros como meeiras, o emprego em confecções ou em sistema de facção, produzindo lacinhos para lingerie e recebendo entre R\$ 7,00 e R\$ 10,00/milheiro. Muitas dessas mulheres sofrem de bursite e outras doenças relacionadas à Lesão por Esforço Repetitivo - LER); escassez de acesso à formação (a escola de educação básica é a única referência de formação) e à cultura (não há equipamentos culturais nos distritos rurais onde vivemos).

A indústria cultural impregna as festas e demais experiências de sociabilidade com referências que reforçam o machismo, a exclusão e deslegitimação das culturas não-hegemônicas. As experiências esportivas restringem-se ao futebol. Os serviços de saúde são precários, contando apenas com poucos agentes comunitários e com um único médico clínico geral. A oferta de transporte público é mínima, restringindo o acesso de adolescentes, jovens e adultos a equipamentos de cultura, formação, esportes e serviços especializados de saúde.

As indústrias alimentícia e farmacêutica, associadas à ideologia da Revolução Verde, têm contribuído para o envenenamento da terra, do ar, da água e dos corpos das pessoas. A maioria das famílias deixou de usar temperos e alimentos naturais e consome grande quantidade de produtos alimentícios industrializados e ultraprocessados, aumentando a incidência de doenças como diabetes e hipertensão arterial. Nos nossos quintais é muito comum, ao manejarmos a terra para fazer canteiros, encontrarmos resíduos de todo tipo, desde sapatos e colchões até embalagens de tempero artificial, suco em pó e medicamentos, confirmando o alto índice das doenças citadas e demonstrando o quanto a alimentação industrializada, cheia de aditivos químicos, gera doenças e poluição do solo, das águas, do ar e dos nossos corpos.

DESENVOLVIMENTO DA EXPERIÊNCIA

Nesse contexto, a Rede de Mulheres Produtoras da Serra RJ está definindo seus princípios de ação, a partir do fortalecimento de experiências de autocuidado e cuidado coletivo que se baseiam na manutenção de práticas ancestrais de prevenção e tratamento de doenças, incentivando a redução do uso de insumos químicos na produção agrícola e a retomada do cultivo de temperos e plantas medicinais para uso culinário e em remédios caseiros de quintais medicinais agroflorestais. Nesse sentido, buscamos trocar experiências e registrar memórias de erveir@s, raizeir@s e parteiras para difundir conhecimentos tradicionais em saúde popular (figura 2).



Figura 2. Oficina de remédios caseiros em parceria com o Coletivo Grãos de Luz de Lumiar

Promovemos oficinas de culinária sazonal que resgatam práticas ancestrais, desde o plantio e manejo (figura 3) até o beneficiamento e comercialização de alimentos de qualidade, a fim de gerar renda, que possibilite às mulheres terem autonomia financeira em relação aos seus companheiros.



Figura 3. Manejo agroflorestal para beneficiamento coletivo

Estamos realizando mensalmente o Círculo de Mulheres em Monte Café (figura 4), Trajano de Moraes/RJ, que se constitui como espaço de trocas, autocuidado e fortalecimento emocional entre mulheres, contribuindo para que tenham suporte e ferramentas para romper com os ciclos de violências. Além de estimularmos práticas de movimento e consciência corporal através de caminhadas e danças como carimbó, ciranda e dança do ventre.



Figura 4. Círculo de Mulheres de Monte Café e região

A partir da criação do grupo da Rede de Mulheres Produtoras no zap, conseguimos articular mais de 120 mulheres de diversos Municípios vizinhos na serra fluminense (Bom Jardim, Cachoeiras de Macacu, Trajano de Moraes, Nova Friburgo, Cordeiro, Macuco) e nos reunimos, inicialmente de forma virtual, para planejar e integrar ações presenciais (feiras, trocas de experiências e formação prática), assim como cursos e oficinas que potencializam o trabalho que as mulheres vêm desenvolvendo, de forma individual ou coletiva, e a formação de mulheres que possam ser multiplicadoras em suas comunidades, com o intuito de promover autonomia financeira e fortalecimento da saúde mental das mulheres, prevenindo que passemos por situações de violência de gênero, muitas vezes decorrentes de dependência financeira e emocional, o que é uma realidade tanto na cidade quanto na zona rural.

Fizemos o mapeamento das atividades das mulheres da Rede e identificamos que são artesãs, produtoras rurais, agricultoras, permacultoras, educadoras ambientais, arte-educadoras, palhaça, terapeutas, médica veterinária e extensionista rural, cozinheiras, culinárias, costureiras, atriz e radialista, produtoras de plantas medicinais, remédios caseiros, óleos essenciais e hidrolatos orgânicos e agroflorestais, escritoras, designer gráfica, educadora financeira, cantora, boleira artesanal, catalisadoras de processos ecológicos na agricultura e na regeneração de ambientes, no beneficiamento de colheitas biodiversas e em encontros e vivências integradoras com a Terra.

Algumas mulheres da Rede já participam de feiras e/ou comercializam seus produtos online, mas estamos fortalecendo o trabalho coletivo e as parcerias, a fim de promover um sentimento de que não estamos isoladas frente ao mercado de trabalho e da agricultura convencionais, criando uma Feira Itinerante na região com visibilidade para que nossos produtos sejam mais acessados pelas comunidades locais. Para tanto, criamos também uma página no Instagram (@produtorasdaserarj) onde estamos divulgando os produtos e serviços dessa mulherada potente.

Participamos de programas de TV e rádio, atuamos na concretização do Selo “Feito Por Mulher” e da Comunidade Sustenta Mulheres (CSM), assim como do calendário de feiras e formações em temas como economia, publicidade, beneficiamento de alimentos a partir da produção sazonal, educação ambiental na perspectiva crítica, educação alimentar e nutricional para difusão de práticas saudáveis e sustentáveis de produção, comercialização e consumo de alimentos em parceria com associações de moradores e produtores, escolas e espaços de construção de políticas públicas de gênero e de valorização da cultura rural para que nossas filhas e filhos compreendam o importante papel das ruralidades regenerativas para a vida do planeta e deem continuidade às nossas ações.

DESAFIOS

Um dos maiores desafios relatados pelas mulheres é o escoamento de suas produções. Além disso, muitas mulheres não sabem fazer uso das redes sociais para comunicação e comercialização. Temos tentado criar maior integração das mulheres que têm dificuldades de transporte e acesso às feiras e eventos que estamos organizando coletivamente, buscando construir pontes entre as produtoras que vivem na mesma localidade, para que possam compartilhar informações e transportar solidariamente outras mulheres da nossa Rede de Produtoras.

PRINCIPAIS RESULTADOS ALCANÇADOS

O trabalho em rede fortalece e visibiliza a importância da agroecologia e da contribuição das mulheres para o desenvolvimento rural sustentável e a transformação dos sistemas agroalimentares, promovendo ações de formação que visem uma agricultura regenerativa e inclusiva, assim como uma saúde integrativa e preventiva, baseadas na ética e na economia do cuidado, a partir da valorização do protagonismo das mulheres na agricultura e nos sistemas alimentares locais, na troca de saberes e no empoderamento das mulheres entre si; na incidência sobre políticas públicas de saúde, educação,

cultura, turismo de base comunitária e agricultura; na geração de renda; na construção de comércio justo; na proteção do meio ambiente e na mitigação dos efeitos das mudanças climáticas.

As ações da Rede de Mulheres Produtoras da Serra partem da consciência de urgência ambiental em que o único caminho é a preservação da memória, do território, das práticas culturais, de modos de produção e consumo que geram vida, potência e sustentabilidade, pelo tripé social, econômico e ambiental. Temos conseguido promover reflexões sobre os impactos que deixamos pela nossa pegada ecológica e vemos que, aos poucos, as práticas da mulherada vão se transformando em direção à transição agroecológica.

DISSEMINAÇÃO DA EXPERIÊNCIA

Estamos promovendo a visibilização e comercialização dos produtos e serviços entre as mulheres integrantes da nossa Rede, baseadas nos princípios agroecológicos, estimulando também que elas envolvam outras mulheres de seus territórios em vivências coletivas de produção, trocas de saberes e cuidado coletivo. A Rede tem contribuído para a ativação de atividades de coletivos que buscam referências de produção e geração de renda como forma de reduzir as desigualdades sociais e de gênero, a partir da autonomia financeira e do fortalecimento emocional das mulheres.

Capítulo 2



10.37423/251010350

O PAPEL DA SEPSE NA MORTALIDADE DE PACIENTES COM COVID-19: UMA ANÁLISE ABRANGENTE

Ayla Aparecida Lorena Seixas

Faculdade UniRedentor

Suzana Andrade da Silva Lopes

Faculdade UniRedentor



RESUMO

Introdução: A Covid-19 é uma infecção respiratória aguda causada pelo coronavírus SARS-CoV-2. Por suas manifestações clínicas similares, é razoável especular que a essência da COVID-19 grave é uma sepse induzida por infecção viral, que tem todas as características da sepse, incluindo patógeno específico e resposta inflamatória sistêmica grave, profunda imunossupressão (depleção de linfócitos e atrofia do tecido linfático) e falência de múltiplos órgãos. Uma hipótese a ser considerada é que um processo denominado sepse viral é crucial para o mecanismo da COVID-19. **Objetivo:** Considerando esses paralelos, o intuito é analisar a literatura disponível e dados anteriormente coletados para conferir a relação da mortalidade em pacientes infectados pelo SARS-CoV-2 e da septicemia. **Método:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, realizada a partir da busca por publicações científicas indexadas nas bases de dados: scielo e PubMed. Os seguintes descritores foram utilizados: COVID-19, Infecções por SARS-CoV-2, Sepse, Septicemia, Insuficiência de múltiplos órgãos. **Resultados:** Embasado em estudos, a disfunção orgânica múltipla é a principal causa de óbito em pacientes com COVID-19. Ambas envolvem uma resposta do sistema imune ante um agente estranho, ativando células de defesa e a chamada “tempestade de citocinas”, podendo corroborar em um descompasso do sistema imune e afetar tecidos e células sadias. **Discussões:** Desde a ocorrência da pandemia de 2019, os médicos têm se esforçado para compreender as implicações ocasionadas pelo vírus da COVID. Ainda existam questões em aberto sobre os mecanismos subjacentes a essas observações. **Conclusão:** Assim, é razoável adotar a estratégia de tratamento semelhante à sepse, como terapia imunomoduladora. Contudo, muito ainda se desconhece, o que comprova que uma abordagem abrangente enfocando nos mecanismos subjacentes à sepse viral na COVID-19 é imprescindível para o desenvolvimento de estratégias de cuidado mais eficazes, auxiliando no manejo clínico e reduzindo as elevadas taxas de morbimortalidade persistentes no sistema de saúde quanto a essas condições – atualmente mais por conta da sepse que pelo vírus pela existência da vacina.

INTRODUÇÃO

A Covid-19 é uma infecção respiratória aguda causada pelo coronavírus SARS-CoV-2, potencialmente grave, de elevada transmissibilidade e de distribuição global, relatada em Dezembro de 2019. Em Março do ano seguinte, a Organização Mundial de Saúde (OMS) a caracterizou como pandemia. Na prática, observa-se que muitos pacientes gravemente enfermos ou gravemente enfermos com COVID-19 apresentam manifestações clínicas típicas relacionadas à sepse, incluindo síndrome de disfunção de múltiplos órgãos, coagulopatia e choque séptico.

A sepse é uma doença sistêmica com risco de vida atribuída a uma resposta desregulada do hospedeiro à infecção, sendo um fardo global que mata cerca de 11 milhões de pessoas anualmente. O Brasil tem um número muito maior de óbitos por sepse em comparação a outros países, constituindo um percentual de 67,4 segundo o Instituto Latino Americano de Sepse. Além de ser uma doença letal, ainda é a principal geradora de custos nos setores público e privado. Por suas manifestações clínicas similares, é razoável especular que a essência da COVID-19 grave é uma sepse induzida por infecção viral, que tem todas as características da sepse, incluindo patógeno específico e resposta inflamatória sistêmica grave.

OBJETIVOS

Considerando os paralelos entre a sepse induzida por COVID-19 e a sepse não induzida por SARS-CoV-2 (doravante denominada sepse), o objetivo deste estudo foi buscar em artigos e outros trabalhos previamente publicados e aprovados a relação da mortalidade em pacientes infectados pelo SARS-CoV-2 e da sepse, levando em consideração os dados apontando a disfunção orgânica múltipla, a sepse e o choque séptico como principais causas de óbito em pacientes com COVID-19.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa, a qual permite a elaboração de uma síntese do conhecimento já relatado na literatura sobre uma determinada temática e promove uma análise de ampla compreensão dos dados encontrados. A coleta de informações ocorreu nas seguintes bibliotecas/bases de dados: BVS e SCIELO. Para a busca dos artigos utilizou-se os Descritores em Ciências da Saúde

-DeCS/MeSH: COVID-19, Infecções por SARS-CoV-2, Sepsis, Septicemia, Insuficiência de múltiplos órgãos.

Como critérios de inclusão foram definidos artigos publicados nos anos de 2019 – 2024 objetivando referências mais recentes, das quais também abarcam os anos da pandemia do COVID-19.

RESULTADOS

A crise pandêmica da Covid-19 evidenciou a necessidade contínua de aprofundamento na compreensão da fisiopatologia da sepsis, destacando lacunas significativas no conhecimento atualmente disponível. Portanto, a busca por um entendimento maior dos mecanismos subjacentes à sepsis viral na COVID-19 torna-se crucial para o desenvolvimento de estratégias de cuidado mais eficazes. Esta necessidade é reforçada pela observação de que, em uma coorte de pacientes com COVID-19, 76% apresentaram culturas negativas para bactérias e fungos durante episódios de sepsis, indicando que o termo "sepsis viral" pode ser mais assertivo para descrever as manifestações clínicas em pacientes graves ou criticamente enfermos com COVID-19. Corroborando com a pesquisa prévia, o estudo SPREAD, conduzido pelo ILAS, apontou que 30% dos leitos de UTI do Brasil estiveram ocupados por pacientes com sepsis ou choque séptico. A letalidade nesses pacientes foi de 55%.

Dados têm apontado a disfunção orgânica múltipla, a sepsis e o choque séptico como principais causas de óbito em pacientes com COVID-19. Essas constatações ressaltam a importância de abordagens adicionais para elucidar os mecanismos subjacentes à sepsis na COVID-19 e para melhorar o manejo terapêutico desses pacientes.

DISCUSSÃO

Apesar dos avanços na terapia antibiótica e no tratamento da sepsis em cuidados intensivos, a falência de múltiplos órgãos continua a apresentar alta morbimortalidade. Isso foi especialmente evidenciado durante a pandemia de Covid-19, onde a infecção pelo SARS-CoV- 2 levou a uma tragédia em escala global, impactando pessoas de todas as nações, etnias, sexo e faixas etárias. Os órgãos comumente afetados incluem pulmões, rins, fígado, coração, cérebro e trato gastrointestinal. Essa manifestação se traduz em hipóxia com Insuficiência respiratória, insuficiência renal necessitando de hemodiálise, insuficiência hepática com elevação das transaminases, insuficiência cardíaca com cardiomiopatia e arritmias associadas, encefalopatia e sintomas entéricos como diarreia e isquemia mesentérica. Desde

a ocorrência do COVID-19, os médicos têm se esforçado para compreender a doença, embora ainda existam questões em aberto sobre os mecanismos subjacentes a essas observações. Uma hipótese a ser considerada é que um processo denominado sepse viral é crucial para o mecanismo da COVID-19. Vale ressaltar que, quando associadas, essas condições levaram a um aumento catastrófico na taxa de letalidade. Ambas envolvem uma resposta do sistema imune ante um agente estranho, ativando células de defesa e a chamada “tempestade de citocinas” através da via do padrão molecular associado ao patógeno/padrão molecular associado ao dano (PAMP/DAMP) para liberar e ativar uma variedade de substâncias pró-inflamatórias, incluindo citocinas pró-inflamatórias, proteases citotóxicas, radicais de oxigênio, anticorpos, complemento ativado e fatores de coagulação, entre outros. Embora a resposta imune seja uma das maneiras de proteção ao organismo, em escalas maiores de reação pode se tornar maléfico, danificando células e tecidos normais. Isso configura uma excessividade imunológica, cuja compensação protetora é transformada num estado destrutivo e descompensado, desenvolvendo-se então a septicemia. Com a sepse, alguns pacientes morrem devido a reações inflamatórias precoces, muitos dos quais entram em um curso crônico com inflamação persistente de baixa intensidade, imunossupressão profunda e falência metabólica, conhecida como PICS ou doença crítica crônica. Devido ao desequilíbrio na estabilidade interna e um nível basal mais elevado inflamatório denominado imunossenescência ou simplesmente “envelhecimento inflamatório”, aumentando a possibilidade de um certo grupo desenvolver doenças crônicas subjacentes e alto risco de sepse, o índice de mortalidade da COVID-19 grave e de outras comorbidades críticas são mais elevadas no grupo de idosos do que em outras faixas etárias. Como resultado, os pacientes idosos são muito menos resistentes a ataques inflamatórios, mais difíceis de tratar e apresentam maior risco de morte do que os pacientes mais jovens.

CONCLUSÃO

É razoável especular que a essência da COVID-19 grave é uma sepse induzida por infecção viral, que tem todas as características da sepse, incluindo patógeno específico (2019-nCoV), resposta inflamatória sistêmica grave (a chamada tempestade inflamatória), profunda imunossupressão (depleção de linfócitos e atrofia do tecido linfático) e falência de múltiplos órgãos, até mesmo inflamação persistente, imunossupressão e síndrome de catabolismo (PICS) em alguns pacientes. Assim, é plausível adotar a estratégia de tratamento semelhante à sepse, como terapia imunomoduladora da qual, embora as literaturas nacional e internacional apresentem relevantes

produções acerca tanto dela quanto dos problemas de saúde ocasionados pela COVID-19 e sepse, deixam algumas questões em aberto, como qual exatamente é a mais benéfica intervenção imunomoduladora na sepse, problema persistente no sistema de saúde há décadas. Como supracitado, abordar mecanismos subjacentes à sepse viral na COVID-19 é imprescindível para o desenvolvimento de estratégias de cuidado mais eficazes. Por essa e outras, torna-se crucial investir em estudos aprofundando ambas as condições, sua mecânica patológica e orientações clínicas.

REFERÊNCIAS

1. ANDRADE, Talita et al. Sepsis e COVID-19: desfechos em adultos jovens em terapia intensiva. Sepsis and COVID-19: outcomes in young adults in intensive care. Rev Bras Enferm. 2023;76(6):e20230037 DOI : <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2023-0037pt>
2. RAMOS, Fernando ; ATALLAH, Fernanda et al. Determinantes de mortalidade em pacientes com COVID-19 em estado crítico durante a primeira onda da doença: estudo multicêntrico no Brasil. Determinants of death in critically ill COVID-19 patients during the first wave of COVID-19: a multicenter study in Brazil. J Bras Pneumol. 2022;48(5). DOI: 10.36416/1806-3756/e20220083.
3. SILVA, M. I. C. da; SILVA, R. R. G. da; ALENCAR, R. M. de; GADELHA, N. A. dos S. ; PINHEIRO, W. R. Nursing diagnoses in COVID-19 cases with clinical evolution for sepsis. Research, Society and Development, [S. l.], v. 10, n. 1, p. e17410111232, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i1.11232. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/11232>.
4. Shenoy, S. Sepsis por Coronavírus (Covid-19): revisitando a disfunção mitocondrial na patogênese, envelhecimento, inflamação e mortalidade. Inflamar. Res. 69 , 1077–1085 (2020).
<https://doi.org/10.1007/s00011-020-01389-z>
5. HUI LI, Md et al. SARS-CoV-2 e sepsis viral: observações e hipóteses. HIPÓTESE | VOLUME 395, EDIÇÃO 10235, P1517-1520,09 DE MAIO DE 2020. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30920-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30920-X)
6. LIN, Hong-Yuang. O COVID-19 grave: uma sepsis induzida por infecção viral? E sua terapia imunomoduladora. Chinese Journal of Traumatology 23 (2020) 190 - 195. Disponível em: <https://mednexus.org/doi/full/10.1016/j.cjtee.2020.06.002>

Capítulo 3



10.37423/251010349

RECRUDESCÊNCIA DIAGNÓSTICA DA INFECÇÃO PELO HIV EM JOVENS - OS DESAFIOS EM TERMOS DE SAÚDE PÚBLICA

Giancarlo Coelho Mattedi Filho

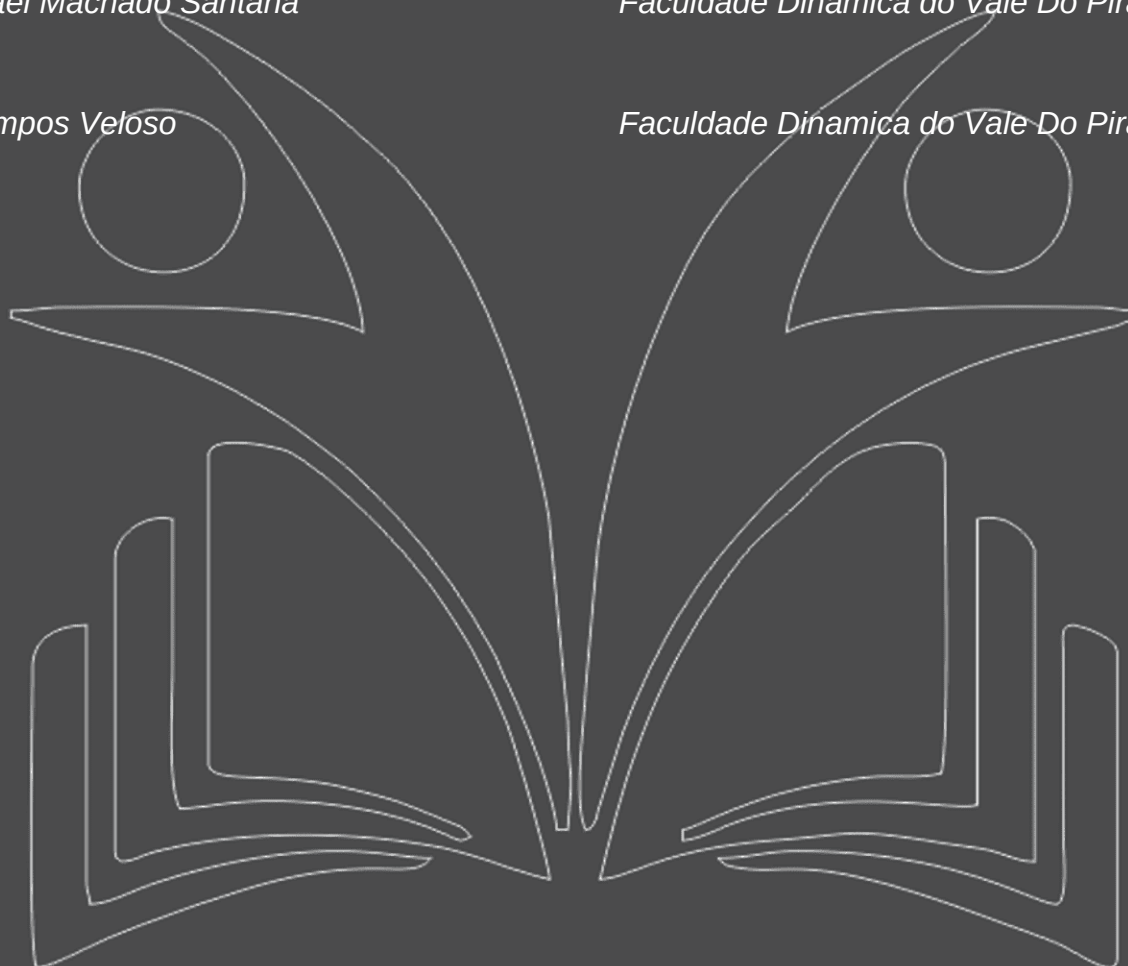
Faculdade Dinamica do Vale Do Piranga

Wictor Rafael Machado Santana

Faculdade Dinamica do Vale Do Piranga

Gabriel Campos Veloso

Faculdade Dinamica do Vale Do Piranga



RESUMO

O presente artigo, por meio de uma revisão bibliográfica, analisou os aspectos que envolvem a reincidência do diagnóstico de HIV na população, com olhar direcionado a saúde pública, sendo assim, de acordo com a leitura dos trabalhos propostos, foi evidenciado um claro aumento na infecção pelo HIV, além de, uma predominância pela população jovem. O que foi percebido é que, essa população tem sido maior alvo de desinformação, bem como, praticantes de maus hábitos sexuais, ou seja, comportamento de risco.

Descritores: HIV, AIDS, jovens e IST's.

INTRODUÇÃO

O HIV/AIDS foi um dos grandes males da década de 1980 e está com sua recrudescência nos dias de hoje. Através desta perspectiva, pode-se dizer que a síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA) causada pelo vírus HIV foi uma doença que assolou a população do século XX, possuindo na época um enfoque na população de vinte a quarenta anos de idade de hábitos sexuais sem proteção e por muitas vezes relacionadas à população de homens que fazem sexo com outros homens (HSH). Ademais, após o ápice de contaminação dessa doença o Brasil adotou como métodos de controle campanhas informativas para conscientização da população e a política de notificação compulsória para essa IST dentre outras como sífilis adquirida, sífilis congênita e sífilis na gestante, síndrome do corrimento uretral masculino e hepatites. Nesse viés, nota-se hoje um aumento exponencial de contaminação do vírus HIV/AIDS na população jovem, de 15 a 29 anos, evidenciando que esta população possui uma vulnerabilidade a aquisição dessa infecção podendo apontar como possíveis fatores desencadeantes os novos hábitos de vida decorrente da saída da adolescência e as mudanças culturais, sociais, psicológicas e biológicas sofridas por essa determinada parcela da população, no que é possível destacar a maior ocorrência de uso de drogas e outras substâncias como álcool e cigarro e a prática de sexo casual com múltiplos parceiros o que abrirá uma janela ampla de contaminação. Outrossim, percebe-se, hodiernamente, um crescente desconhecimento da população jovem sobre as possíveis formas de contaminação, sintomatologia, prevenção e riscos referente ao HIV/AIDS o que os deixará mais suscetíveis a possíveis exposições e contaminação sendo forçados ao futuro uso de TARV's que proporcionará uma possível sobrevida, porém transformando a AIDS em uma "doença crônica". Portanto, através desse estudo poderá ser analisados padrões de comportamento de risco de jovens susceptíveis a contaminação para o HIV e o impacto na propagação da doença entre os jovens e as complicações após a infecção.

JUSTIFICATIVA

Primeiramente, é de grande valia citar que o HIV teve seu início na década de 1980 possuindo seu primeiro caso registrado no ano de 1981 e, desde então, a prevalência dessa doença vem aumentando cada vez mais. Ademais, cabe ressaltar que, atualmente, há um aumento de incidência e prevalência na população jovem, delimitando dos quinze aos vinte e nove anos de idade. Nesse contexto, o trabalho objetiva entender os aspectos que envolvem a reincidência do vírus HIV na população jovem e a transição desse diagnóstico para essa população. Nessa perspectiva, é de suma importância

destacar que o artigo visa impactar a população brasileira em geral tendo como enfoque a parcela jovem da sociedade. Nesse viés, pode-se citar que através de estudos realizados em um campus no Rio de Janeiro com jovens universitários, o conhecimento sobre IST's, principalmente sobre HIV, ficou abaixo da média estimada (Fonte et al, 2018). Também, de acordo com outro estudo analisado, pode-se dizer que além da prevalência das infecções sexualmente transmissíveis terem aumentadas nos jovens há uma relação direta com o mau uso dos métodos de proteção (Queiroz et al, 2019).

OBJETIVO

O presente artigo busca entender os aspectos que envolvem a recidiva da infecção pelo HIV na população jovem (15-29 anos) e os padrões de comportamento de risco de jovens para adquirir HIV e o impacto da propagação da doença.

METODOLOGIA

A metodologia aplicada foi uma revisão de literatura que teve como base a pesquisa nas plataformas Google Acadêmico (Scholar Google), Scielo, Periódicos Ufes, Pepsic e Proquest. Ademais, as palavras chaves para a pesquisa foram: HIV, AIDS, jovens e IST's e para restrição do tema e facilitar a visualização da busca foi utilizado o descritor booleano "E". Além disso, a escolha dos artigos utilizados teve como premissa a sua publicação de no máximo cinco anos atrás (ano de 2017).

Nesse contexto, é de extrema importância mencionar que a escolha dos textos foi feita de forma randômica e que todos os dez textos foram lidos na íntegra.

RESULTADO

De acordo com o Queiroz et.al. (2019) jovens a partir de 25 anos de idade, com ensino superior completo, solteiros, homossexuais, que não se identificavam com nenhuma religião como os principais usuários dos serviços de aplicativos de encontros. Nesse contexto, o texto salienta que esses usuários possuem uma vida

sexual ativa e com múltiplos parceiros, sendo os parceiros conhecidos nos app's que são usados de forma recorrente. Ademais, uma informação de grande valia retirada nesse artigo é que há uma alta

prevalência de portadores do vírus HIV e que um número considerável não conhecia o seu status para a doença, o que acarreta em uma maior disseminação do vírus.

De acordo com Fonte et. al. (2018) A maior parte dos entrevistados, 67,06%, eram de áreas não ligadas a saúde, sendo que, 32,94%, se tratam de estudantes ligados a saúde. Mais especificamente os cursos com maior participação foram os cursos de engenharia, enfermagem e direito, respectivamente. Com média de 20,9 anos de idade. Foram analisados pontos relevantes do que diz respeito ao conhecimento geral sobre IST's. Os pontos são: sexo, situação conjugal, possuir filhos e tipo de área que está cursando. Sendo assim, foi constatado que o nível de conhecimento é nivelado entre o público analisado no estudo, porém, quando as outras áreas são colocadas em xeque temos um aumento de quase 10% de conhecimento para as pessoas que estão em cursos relacionados a saúde. Constatando-se que acerca do conhecimento sobre IST's os participantes ficam com uma média de 1,66 estando abaixo da média esperada. A maioria dos estudos analisados por, Fonte et.al., corroboram com os resultados apresentados em outra pesquisa feita na Universidade do Rio de Janeiro e vale destacar que além das mulheres terem mais participação elas sabem mais do que os homens, assim como, os casados tinham mais conhecimento que os solteiros. Quando se fala de atitudes práticas sobre IST's temos os cursos relacionados a área da saúde e que eram mais velhos e estavam em períodos mais avançados e o sexo feminino a frente do restante dos índices. Portanto, de acordo com o estudo pode-se notar uma grande fragilidade no que tange ao conhecimento sobre IST's.

De acordo com Garcia et. al (2022) foi adotado como vulnerabilidade social “a complexidade das relações intersubjetivas e os contextos sociais e políticos relacionados às situações sistemáticas de desrespeito aos direitos que levam a maior exposição a danos à saúde, considerando a capacidade de reconhecimento e resposta social diante dos agravos de saúde das pessoas”. Nesse sentido, foi feita uma pesquisa em uma escola pública com adolescentes perguntando sobre os conhecimentos acerca do HIV e percebeu-se que embora muitos soubessem como é a transmissão do vírus houve respostas que demonstraram a falta de conhecimento em uma parcela da população, no que pode ser exposto pelo pensamento que o HIV/AIDS é transmitido “no beijo na boca e relações sexuais”.

Nesse contexto, notou uma precariedade de informações sobre a doença, sobre os métodos de testagem gratuitas e seus tratamentos. Também, foi demonstrado no artigo que existem fatores que fazem com que jovens, mesmo sabendo dos fatores de risco e da transmissão do HIV, se abstenham da proteção no momento do ato no que se pode citar como fatores de abstenção de preservativos: o

prazer sexual na relação, confiança no parceiro, pressa para consolidar o ato sexual, uso de álcool e/ou outras drogas antes do ato sexual.

De acordo com Silva et.al. (2020) a maioria da população analisada foi do sexo masculino sendo do estado do Rio de Janeiro, em faixa etária entre 21 e 24 anos, onde mais da metade da população dos estudados relatam não ter companheiro, além de, 37,5% afirmam ser heterossexuais e 50% afirmam estar desempregados. Ademais, 45,8% se consideram doentes e 50% se consideram em bom estado ou muito bom estado. Para avaliar a qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV/AIDS foram determinados pelo software CHD (classificação hierárquica descendente) 5 pilares que consideram pontos importantes na qualidade de vida, estes são: Classe 1 (23,6%) "A multidimensionalidade da qualidade de vida no contexto do HIV/aids", Classe 2 (12,2%) "A influência do atendimento dos serviços de saúde na qualidade de vida dos jovens", Classe 3 (23,1%) "A terapia antirretroviral e a influência na qualidade de vida dos jovens", Classe 4 (19,6%) "Redes de apoio familiar e social para a qualidade de vida dos jovens" e Classe 5 (21,4%) "O impacto do diagnóstico na qualidade de vida dos jovens". A classe 1 determinada pelo perfil de jovens que vivem em cidades grandes, no Rio de Janeiro, do sexo masculino, empregados, orientação homossexual, com diagnóstico entre 6 e 14 anos atrás. A classe 2 refere-se às jovens do sexo feminino, heterossexuais, forma de transmissão heterossexual, consideram-se doentes, avaliam sua saúde como boa ou muito boa, moram em cidade pequena ou média a cidade foi Macaé. A classe 3 diz respeito a jovens de cidade de porte médio, do sexo feminino, desempregadas, heterossexuais, transmissão heterossexual, com tempo diagnóstico de 6 anos. A classe 4 faz referência a jovens que possuem ensino fundamental, não usam TARV. A classe 5 diz respeito aos aposentados e cidade de Rio das Ostras.

Portanto no presente artigo pode-se evidenciar que a Qualidade de vida dos jovens que vivem com HIV está dentro do esperado pelo estudo de acordo com a análise das variáveis propostas. Apesar disso, a TARV é colocada como um desafio para a maioria dos usuários devido à necessidade de adaptação de suas vidas a terapia, apesar de ser preditor positivo de qualidade de vida entre as pessoas que vivem com o HIV. Apesar de relativa qualidade de vida vivenciada pelos grupos foi observada que há relativa distorção de imagem mais prevalente entre o sexo feminino, provavelmente, devido a maior relação com transtornos alimentares e ainda assim, podem-se observar também transtornos relacionados ao psicológico devido ao estigma e preconceito carregado pelos portadores do HIV.

De acordo com Costa et.al. (2018) verificou-se por meio de uma pesquisa com pacientes de dois hospitais sua adesão ao tratamento para ao vírus. Nesse contexto, a média de idade dos pacientes no hospital 1 foi de 26 anos (com desvio padrão de 3,81) e no hospital 2 de 24,5 anos (com desvio padrão de 3,12). Ademais, nesse estudo os pacientes demonstravam diferenças de escolaridade, gênero, nível educacional, tempo de infecção e mecanismo de transmissão. Nesse estudo os grupos não apresentaram diferenças significativas em relação a gênero, idade, nível educacional, tempo de infecção, mecanismo de transmissão ou carga viral. Nesse viés, foi demonstrado que pacientes que tiveram boa adesão ao tratamento apresentavam como fatores de personalidade importar-se com o sentimento dos outros, respeito às autoridades, se importarem com opiniões de amigos e disposição para rever o posicionamento em determinados assuntos. Também, é importante salientar que os fatores sociodemográficos não demonstraram impedimentos a adesão ao tratamento.

De acordo com o trabalho de Vieira et. al. (2020) levou-se em consideração indivíduos de 15 a 24 anos e de acordo com junção dos trabalhos pesquisados a discussão de sexualidade em casa é negligenciada, deixando essa tarefa a cargo de instituições secundárias (amigos, escola, igreja, internet e etc). Além disso, pode-se constatar que a população privada de liberdade tem dificuldade em reconhecer quais são os tipos de métodos de barreira, mostrando assim que há uma grande deficiência no conhecimento sobre o uso de preservativo e o HIV, ademais é possível dizer que a classe social influenciou na escolaridade que por sua vez influencia no conhecimento, sendo assim, é possível constatar que os jovens de classe A/B tiveram maior índice de uso de preservativo na primeira relação que os de classe D/E, mostrando assim maior percentual de conhecimento acerca do uso de preservativo e prevenção do HIV. Ainda assim, pode-se perceber que quando há a associação de atividade sexual ao uso de álcool ou outras drogas com intuito de aumentar o prazer, o uso do preservativo fica aquém da situação, porém, quando o uso de álcool é afastado do ato sexual pode-se concluir que apenas a escolaridade tem peso no uso ou não do preservativo. Portanto, pode-se constatar que há longo caminho a ser percorrido para que o uso de preservativo seja unanime, tendo dentro desse caminho a quebra de estigmas e ideias errôneas sobre o uso.

Segundo o trabalho de Limas et.al. (2021) é possível dizer que houve um aumento da taxa de detecção do vírus HIV em pacientes de 15 a 24 anos de idade no período de 2007 a 2017. Além disso, foi feito um estudo epidemiológico na região metropolitana de Curitiba onde foram abordados temas como os dados gerais dos indivíduos, dados de residência, antecedentes epidemiológicos e escolaridade.

Nessa perspectiva, foi observado que houve um aumento significativo no intervalo dos anos de 2012-2016 e observou-se o maior diagnóstico em pessoas do sexo masculino. Também, foram relatados como principais sintomas, segundo o critério Rio de Janeiro/Caracas, manifestados astenia, dermatite persistente e linfadenopatia. Ademais, estudos demonstram que o uso de drogas, orientação homossexual/bissexual, baixa renda, infecções sexualmente transmissíveis, pouco uso de preservativos, múltiplos parceiros e não ter realizado o teste de sífilis contribuem a infecção pelo HIV nos homens. Percebeu-se também uma tendência de notificação em homens com empregos que correspondem a uma menor escolaridade.

De acordo com Melo et. al. (2022) o tabuleiro proposto se trata de um meio de integração entre educação sexual e idosos que estudam no EJA, de forma a facilitar e melhorar os conhecimentos sobre a HIV por meio de um jogo de tabuleiro chamado “Mural do Risco”.

Então, como o jogo tem intuito de atingir idosos, ele foi adaptado pela equipe de juízes para situações vivenciadas por idosos.

O Jogo Mural de risco mostra-se como uma forma instigante de aprendizado e treinamento cognitivo, sendo que, o idoso pode se sentir incluído pelas mudanças feitas na apresentação do tabuleiro, além de, mostrar na íntegra as formas de transmissão do HIV e a importância do uso do preservativo.

De acordo com Santos et. al. (2019) percebeu-se que mais de 50% dos casos de HIV/AIDS na população pesquisada em Petrolina/PE envolviam pessoas com baixa escolaridade. Ademais, notou-se uma possível prevalência da transmissão do vírus por via sexual e sendo os heterossexuais os de maior exposição. Sobre essa perspectiva, observou-se que a principal evidência laboratorial para o diagnóstico foi a triagem Anti-HIV ou a testagem rápida. Além disso, um dado importante nesse artigo foi a notificação de quatorze pessoas menores de treze anos, sendo essas portadoras por transmissão vertical.

E por fim, de acordo com Kinalski et.al (2020) por meio da técnica de Grupo Focal com participação de profissionais e gestores, o trabalho visa criar uma linha de relação com crianças e adolescentes portadores de HIV para que os problemas existentes sejam solucionados. O grupo focal tem como atribuição expor demandas e dificuldades observadas na inclusão de crianças e adolescentes com HIV, então, na visão dos profissionais o sistema de prontuários é desintegrada não oferecendo um serviço de continuidade, além disso, os serviços de APS não conhecem os portadores do HIV em sua adscrição e concordam que o que mais influencia no não acompanhamento desses indivíduos na APS é o preconceito temido pelas famílias que não desejam que a população em geral saiba que aquela criança

em específico é portadora do vírus HIV, ficando quase que todo o tratamento a cargo da atenção especializada, evidenciando uma centralização do cuidado. Sendo assim, são propostos pontos levando em consideração a longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado para melhora da qualidade do atendimento o primeiro ponto é basicamente a tentativa de definir atribuições que a APS deve disponibilizar (diagnostico, aconselhamento, avaliação e tratamento), o segundo ponto é relativo do compartilhamento de responsabilidade entre os serviços e o terceiro é pela tomada de atitude como, por exemplo, o esforço de trazer esse paciente a APS, tornar melhor a integração entre o sistema de prontuários por meio de ligações, entre outras estratégias. Para que isso ocorra é necessário que os profissionais de saúde como um todo tenha a continuidade da educação garantida de forma a sempre estarem atualizados para oferecer o melhor cuidado. Portanto é fomentado nas APS tenha mais ações voltadas para o aconselhamento, como campanhas, e que a atenção especializada fique na responsabilidade do tratamento e acompanhamento.

DISCUSSÃO

A discussão sobre os aspectos que envolvem a recidiva da infecção pelo HIV na população jovem (15-29 anos) e os padrões de comportamento de risco de jovens para adquirir HIV e o impacto da propagação da doença foi fundamentada nos artigos estudados sendo considerado como pilares dos estudos a idade, sexo, nível de escolaridade, sexualidade, uso de drogas e/ou álcool e classe socioeconômica. Nesse contexto, é de extrema importância salientar as informações obtidas no artigo de Garcia et.al. e no trabalho de Vieira et.al. que demonstram que a escolaridade é um fator imprescindível na prevenção do HIV/AIDS, pois através disso haverá a conscientização e as informações necessárias para a prevenção da contaminação e disseminação do vírus. Também, pode-se dizer que os dois artigos convergem nas informações em que os jovens têm a prática do sexo sem proteção no que concerne ao prazer no ato e uso de álcool durante a relação, não necessariamente tendo vínculo a escolaridade dos jovens. Dessa forma, é possível concluir que a escolaridade está intrinsicamente relacionada ao sexo desprotegido/protegido.

Ademais, segundo Fonte et. al. as mulheres tem maior conhecimento sobre as formas de transmissão das IST's em geral assim como as pessoas têm maior conhecimento que as solteiras.

Em segunda análise, dois estudos demonstraram padrões de populações diferentes em relação à contaminação do HIV. Nesse sentido, o artigo de Queiroz et. al. demonstra que a parcela da população HSH que utiliza app's de encontros casuais apresentam uma maior taxa de contaminação com o vírus,

pois apresentam padrão de sexualidade sem parceiros fixos e com baixa taxa de adesão ao preservativo, configurando assim um padrão de risco. Ademais, o artigo de Silva et.al. demonstra que homens heterossexuais de baixa escolaridade apresentam o padrão de maior contaminação ao vírus devido a sua precariedade de informações sobre a doença. Dessa forma, pode-se perceber a relação dos autores supracitados no que tange a escolaridade, pois a parcela de HSH estatisticamente apresenta ensino superior completo, porém demonstram outros padrões de risco, porém a população heterossexual demonstra a precariedade de informações o que as deixa vulnerável a infecção.

E por última análise, percebe-se que o padrão de recidiva no Brasil, um país em desenvolvimento, tende a mudar o padrão de infecção, porém com tendência ao aumento, pois o país conta com uma alta taxa de baixa escolaridade o que ocasiona uma perpetuação dos padrões de risco. Além disso, pode-se destacar a insuficiência das políticas públicas relacionadas à prevenção educacional do HIV/AIDS, pois devido a geração atual não ter vivido o “boom” epidemiológico da HIV/AIDS há uma falta de conhecimento e esclarecimento sobre esse tema o que ocasiona um crescente reaparecimento dessa doença.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Portanto, é notório que a educação influencia a queda dos padrões de risco e positivamente a adesão as prevenções e em casos de infecção o devido tratamento. Logo, vê-se que o incentivo do Estado aos programas de prevenção do HIV/AIDS deve ser estimulados e cada vez mais propagados como, por exemplo, a campanha Dezembro Vermelho que foi instituída no Brasil pela Lei nº 13.504/2017 onde há um enfoque nos programas de prevenção, profilaxia Pré-Exposição (PrEP) e a Profilaxia Pós Exposição (PEP) ao vírus.

REFERÊNCIAS

- FONTE, Vinícius Rodrigues Fernandes et al. Jovens universitários e o conhecimento acerca das infecções sexualmente transmissíveis. Escola Anna Nery, [s. l.], 16 fev. 2018. DOI 10.1590/2177-9465-EAN-2017-0318. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/5HqmrYZPWj4yPFnPts9mSsH/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 6 set. 2022.
- QUEIROZ, Artur Acelino Francisco Luz Nunes et al. Infecções sexualmente transmissíveis e fatores associados ao uso do preservativo em usuários de aplicativos de encontro no Brasil. Acta Paul Enferm, [s. l.], 30 maio 2019. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201900076>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/RqJPtKcpCk4jggGMJ4fgftn/?lang=pt>. Acesso em: 5 set. 2022.
- SILVA, Danielle Pinheiro Elias et al. Representações sociais da qualidade de vida de jovens que vivem com HIV. Revista Brasileira Enfermagem, [s. l.], 21 dez. 2020. DOI <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0149>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/HqdtPHgM6G4hJn3rJcKyX5d/?lang=en>. Acesso em: 4 set. 2022.
- GARCIA, Esmely Cabrera et al. Representações sociais de adolescentes sobre a transmissão do HIV/AIDS nas relações sexuais: vulnerabilidades e riscos. Escola Anna Nery, [s. l.], 29 jul. 2021. DOI <https://doi.org/https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0083>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/Vj8yxDGB6Vz5x6DNQSY77Gs/?lang=pt>. Acesso em: 4 set. 2022.
- COSTA, Lívia Maria Cunha Bueno Villares et al. Características de personalidade e adesão ao tratamento em pacientes jovens portadores de HIV. Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar, [s. l.], janeiro 2018. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582018000100002. Acesso em: 1 set. 2022.
- VIEIRA, Gustavo Neves et al. O HIV/AIDS entre os jovens no Brasil: revisão integrativa da literatura. Health and Biosciences, [s. l.], 27 out. 2020. DOI <https://doi.org/10.47456/hb.v2i1.32460>. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/healthandbiosciences/article/view/32460>. Acesso em: 2 set. 2022.
- LIMAS, Flaviane Marizete et al. ESTUDO ECOLÓGICO DA EPIDEMIA HIV/AIDS EM ADULTOS JOVENS: ESTAMOS PREVENINDO OU TRATANDO? Cogitare Emfermagem, [s. l.], 2021. DOI [dx.doi.org/10.5380/ce.v26i0.72693](https://doi.org/10.5380/ce.v26i0.72693). Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/72693>. Acesso em: 3 set. 2022.

Capítulo 4



10.37423/251010369

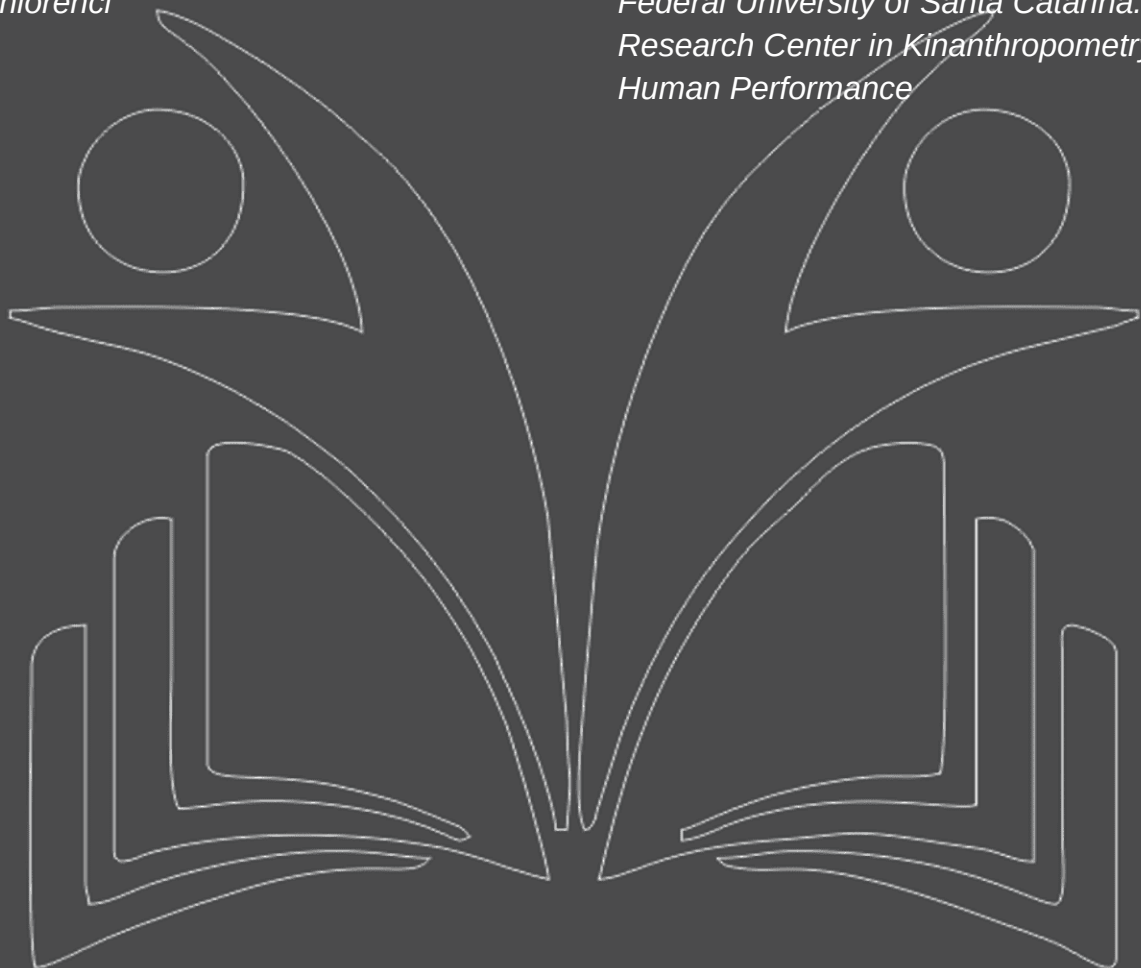
EPIDEMIOLOGIA DA ATIVIDADE FÍSICA: MENSURAÇÃO, RECOMENDAÇÕES E IMPLICAÇÕES PARA A SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

Débora Goulart Bourscheid

*PhD in Medicine (UNICAMP), Brazil,
Independent Researcher,*

Suellem Zanlorenci

*Federal University of Santa Catarina.
Research Center in Kinanthropometry and
Human Performance*



RESUMO

A epidemiologia da atividade física constitui um campo essencial da saúde pública, ao investigar a distribuição, os determinantes e os efeitos da prática corporal em populações. A inatividade física é reconhecida como um dos principais fatores de risco modificáveis para doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), contribuindo para a elevada carga de morbimortalidade global e nacional. Este capítulo apresenta os fundamentos conceituais, indicadores e métodos de mensuração da atividade física, discute as recomendações internacionais e nacionais e analisa o panorama da prática no Brasil, com destaque para desigualdades de gênero, idade e território. Também aborda as políticas públicas estruturantes — como a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), o Programa Academia da Saúde (PAS) e o Programa Saúde na Escola (PSE) —, ressaltando desafios de cobertura e avaliação. O texto evidencia a necessidade de estratégias intersetoriais, vigilância contínua e políticas territorializadas que assegurem oportunidades de movimento ao longo de todo o curso da vida, transformando longevidade em funcionalidade e bem-estar.

Palavras-chave: atividade física; epidemiologia; doenças crônicas não transmissíveis; saúde pública; políticas públicas; curso da vida.

1. INTRODUÇÃO

A atividade física é reconhecida como um dos principais determinantes de saúde pública, atuando na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), na melhora da saúde mental e na promoção da qualidade de vida. A Organização Mundial da Saúde (World Health Organization — OMS, 2020) destaca a inatividade física como um importante fator de risco modificável para mortalidade. A epidemiologia da atividade física surge como disciplina científica que investiga a distribuição e os determinantes da prática ou ausência de atividade física em populações, fornecendo subsídios para políticas públicas (FLORINDO; HALLAL, 2011).

Este texto aborda (conceitos, indicadores, mensuração, recomendações nacionais e internacionais, panorama da atividade física e saúde no Brasil) e sua relação com doenças crônicas não transmissíveis e a promoção da saúde no Brasil ao longo do curso da vida (da infância à velhice) em consonância com o Ponto 1 da ementa da UDESC 2025.

1.1- OBJETIVO

Sintetizar fundamentos, indicadores e métodos de mensuração da atividade física, atualizando recomendações internacionais e brasileiras, e discutir a integração com políticas públicas do SUS (PNPS, PAS, PSE) com foco em desigualdades regionais e aplicabilidade no contexto brasileiro.

2. METODOLOGIA

Este capítulo foi elaborado por meio de pesquisa bibliográfica e documental, com abordagem descritiva e analítica. Foram consultadas publicações científicas indexadas nas bases SciELO, PubMed e Google Scholar, bem como documentos oficiais do Ministério da Saúde, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e da Organização Mundial da Saúde (OMS), entre 2010 e 2024.

A seleção das fontes considerou relevância científica, atualidade e pertinência temática, priorizando estudos que abordassem:

1. Conceitos e fundamentos da epidemiologia da atividade física;
2. Indicadores e métodos de mensuração (questionários, dispositivos objetivos e inquéritos nacionais);
3. Recomendações e diretrizes internacionais (OMS, ACSM) e nacionais (Guia de Atividade Física 2021);

4. Panorama da atividade física e das DCNT no Brasil;

5. Políticas públicas intersetoriais vinculadas à promoção da saúde.

6. O processo analítico seguiu a técnica de análise temática, permitindo agrupar as informações em eixos interpretativos (fundamentos conceituais, mensuração, panorama epidemiológico e políticas públicas). As estatísticas foram interpretadas à luz do modelo biopsicossocial e do curso da vida.

3. DESENVOLVIMENTO

3.1- FUNDAMENTOS CONCEITUAIS

O conceito clássico de atividade física, definido por Caspersen, Powell e Christenson (1985), compreende qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos que resulta em gasto energético acima dos níveis de repouso. Tal definição amplia o entendimento da atividade física para além do exercício estruturado, incorporando deslocamentos, tarefas ocupacionais e práticas domésticas. Autores brasileiros, como Lovisolo (2000) e Nahas (2010), reforçam a dimensão sociocultural do movimento, destacando que os níveis de prática refletem oportunidades desiguais e determinantes sociais da saúde.

A partir desse conceito, emerge a epidemiologia da atividade física, campo científico que aplica os métodos da epidemiologia tradicional ao estudo dos padrões populacionais de prática, seus determinantes sociais e biológicos e seus efeitos sobre a saúde. Esse ramo investiga como a prática (ou ausência) de atividade física se distribui entre grupos e contextos e como se associa à ocorrência de DCNT, como hipertensão, diabetes tipo 2, obesidade e doenças cardiovasculares.

Assim, a epidemiologia da atividade física permite quantificar riscos, monitorar tendências e subsidiar políticas públicas de promoção da saúde, oferecendo evidências para intervenções ao longo do curso da vida — da infância à velhice — e contribuindo para a redução das iniquidades sociais e territoriais (FLORINDO; HALLAL, 2011; OMS, 2020; STRAIN et al., 2024).

3.2- PANORAMA GLOBAL E NACIONAL

A epidemiologia da atividade física evidencia, em escala mundial, um quadro consistente de insuficiência de prática entre populações, o que compromete o alcance das metas globais de prevenção das DCNT. Estimativas recentes indicam que 31,3% dos adultos (18+) eram

insuficientemente ativos em 2022, com prevalências mais elevadas entre mulheres e aumento progressivo com a idade. Nesse ritmo, a meta da OMS de reduzir em 15% a inatividade física até 2030 permanece distante de ser atingida (STRAIN et al., 2024; OMS, 2024).

Entre crianças e adolescentes, a situação é igualmente preocupante. O Global Matrix 4.0 (2022) atribuiu nota “D” ao indicador de atividade física geral, sugerindo que, na maioria dos países, apenas 20% a 39% dos jovens cumprem as recomendações internacionais. De modo mais específico, uma análise global estimou que 81% dos adolescentes (11–17 anos) não atingem as metas diárias de atividade física moderada a vigorosa, com pior cenário entre meninas, reforçando desigualdades de gênero desde a juventude (GUTHOLD et al., 2019; OMS, 2024).

No Brasil, as desigualdades se repetem. Segundo o Vigitel (2023), 37,0% dos adultos residentes nas capitais praticam menos atividade física do que o recomendado, sendo a insuficiência maior em mulheres (43,1%) do que em homens (29,8%), e crescente com a idade (Ministério da Saúde, Vigitel 2023). Entre adolescentes (13–17 anos), a PeNSE 2019 identificou 28,1% de jovens ativos, 61,8% insuficientemente ativos e 8,7% inativos, com ampla disparidade de gênero (IBGE, PeNSE 2019).

É essencial compreender as diferenças metodológicas entre os inquéritos nacionais. O Vigitel abrange apenas capitais e o Distrito Federal, por meio de entrevistas telefônicas, refletindo contextos predominantemente urbanos e metropolitanos. Já a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) possui abrangência domiciliar nacional, incluindo zonas urbanas e rurais, e permite análises por região geográfica, sexo, idade e escolaridade. Assim, avaliações de equidade territorial devem integrar dados do Vigitel (capitais) e da PNS (nacional, urbano–rural), evitando viés metropolitano e promovendo uma leitura mais justa das iniquidades estruturais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, Vigitel 2023; IBGE, PNS 2019).

De modo geral, as regiões Norte e Nordeste apresentam menor infraestrutura urbana para deslocamento ativo, escassez de espaços públicos seguros e menor cobertura de programas de promoção da atividade física, enquanto Sul e Sudeste concentram maiores prevalências de prática no lazer e melhor acesso a equipamentos públicos. Essa assimetria territorial reflete os determinantes sociais e ambientais da atividade física, evidenciando que a prática é condicionada por fatores estruturais, como segurança, transporte ativo, tempo disponível, oportunidades recreativas e renda familiar.

Os padrões de inatividade física e sedentarismo têm impacto direto na carga global das DCNT, que respondem por cerca de 74% de todas as mortes no mundo, o equivalente a 43 milhões de óbitos

anuais. As doenças cardiovasculares lideram as causas de mortalidade (≈ 19 milhões de mortes/ano), seguidas pelos cânceres (≈ 10 milhões), doenças respiratórias crônicas (≈ 4 milhões) e diabetes (≈ 2 milhões) (OMS, 2023; ROTH et al., 2020). Esses agravos compartilham determinantes comportamentais comuns, como inatividade física, alimentação inadequada, tabagismo e uso abusivo de álcool, e têm sido agravados por envelhecimento populacional, urbanização acelerada e desigualdades socioeconômicas. Embora avanços clínicos e terapêuticos tenham reduzido a letalidade proporcional em alguns países, o número absoluto de casos segue em crescimento, consolidando a inatividade física como determinante global da carga de doença crônica (OMS, 2020; OMS, 2023).

No Brasil, as DCNT seguem tendência semelhante. De acordo com a PNS 2019, 23,9% dos adultos relataram diagnóstico médico de hipertensão arterial, 7,7% de diabetes e 26,8% apresentaram obesidade, com prevalências mais altas a partir dos 40 anos e maior carga entre mulheres (IBGE, PNS 2019). Além disso, segundo o Vigitel 2023, 57,9% dos adultos das capitais apresentam excesso de peso ($\text{IMC} \geq 25 \text{ kg/m}^2$), reforçando o impacto metabólico da inatividade física e dos hábitos sedentários (Ministério da Saúde, Vigitel 2023). Entre adolescentes, o excesso de peso já alcança 20,1%, e a obesidade, 9,4%, configurando um processo precoce de transição nutricional e acúmulo de risco desde a juventude (IBGE, PeNSE 2019).

Em nível global, estudos apontam que uma fração substancial da mortalidade e da carga de doenças cardiovasculares é atribuível à inatividade física; ainda que as estimativas variem conforme métodos e cenários, há consenso sobre o peso relevante desse fator de risco (KATZMARZYK et al., 2022; OMS, 2023). No Brasil, faltam séries consolidadas por faixa etária, reforçando a necessidade de ampliar a vigilância para crianças, adolescentes e idosos.

Essas evidências reforçam o modelo do curso da vida, segundo o qual comportamentos inativos e excesso de peso desde a infância aumentam o risco de DCNT na vida adulta e agravam a multimorbidade na velhice. Por outro lado, comportamentos ativos precoces tendem a se manter ao longo do tempo, protegendo contra o acúmulo de fatores de risco e promovendo expectativa de vida mais saudável e funcionalidade (OMS, 2020; MALTA et al., 2022).

O panorama global e nacional evidencia níveis insuficientes de atividade física e grande disparidade regional, fatores que se articulam à expansão da carga de DCNT e à desigualdade em saúde. Enfrentar esses desafios requer estratégias territorializadas, monitoramento contínuo e ações intersetoriais que contemplem infância, adolescência, vida adulta e envelhecimento como etapas integradas de um

mesmo continuum de cuidado, garantindo equidade e sustentabilidade nas políticas públicas de promoção da saúde.

3.2.1- Avanços Biomédicos e Persistência da Inatividade Física

Entre 1990 e 2017, a taxa padronizada por idade de mortalidade por todas as causas atribuível à inatividade física no Brasil caiu aproximadamente 50%, mas o número total de mortes aumentou — de cerca de 22 mil para 32 mil — devido ao envelhecimento e ao crescimento populacional (SILVA et al., 2020). No mesmo período, a proporção de pessoas expostas a níveis de atividade física abaixo do ideal, ponderada pela gravidade do risco, permaneceu praticamente estável, indicando que o declínio das taxas se explica sobretudo por avanços biomédicos e melhorias no cuidado clínico das DCNT, e não por um aumento sustentável da prática populacional (SILVA et al., 2020; MALTA et al., 2022).

Esse descompasso — redução da letalidade graças ao tratamento médico, sem diminuição proporcional do comportamento sedentário — revela um fenômeno de medicalização das consequências do sedentarismo, no qual a resposta clínica avança, mas as causas estruturais permanecem inalteradas. Essa constatação reforça que a inatividade física é um determinante social e ambiental de saúde, e não apenas um risco individual, exigindo políticas públicas que priorizem a redução da exposição populacional, a promoção de ambientes ativos e a integração intersetorial entre saúde, educação, transporte e urbanismo (ROTH et al., 2020).

3.3- RECOMENDAÇÕES INTERNACIONAIS, ADAPTAÇÃO BRASILEIRA E INDICADORES OPERACIONAIS

As recomendações internacionais e nacionais constituem a base conceitual para padronizar a mensuração e a vigilância da atividade física, assegurando comparabilidade entre países e populações. Para adultos (18+), as diretrizes da OMS (2020) preconizam 150 a 300 minutos semanais de atividade aeróbica moderada ou 75 a 150 minutos vigorosa, além de exercícios de fortalecimento muscular em pelo menos dois dias por semana. Para crianças e adolescentes (5–17 anos), a OMS recomenda média diária de ≥ 60 minutos de atividade física moderada a vigorosa, predominantemente aeróbica, com inclusão de atividades vigorosas e de fortalecimento muscular e ósseo em pelo menos três dias por semana (OMS, 2020; OMS, 2024).

É importante observar que os inquéritos nacionais, como a PeNSE (2019), adotam parâmetros próprios: a classificação de “ativo” considera o acúmulo de ≥ 300 minutos semanais combinando deslocamento casa–escola, aulas de Educação Física e práticas extracurriculares. Por isso, as estimativas da PeNSE não são diretamente comparáveis às da OMS (expressas em média diária para 5–17 anos), pois derivam de critérios metodológicos distintos (IBGE, PeNSE 2019; OMS, 2024).

No campo da prescrição, o Colégio Americano de Medicina do Esporte (ACSM) recomenda também a inclusão de flexibilidade e coordenação neuromotora como componentes essenciais da aptidão física — fatores determinantes para funcionalidade e prevenção de quedas, especialmente em populações idosas (RIEBE et al., 2018). Em termos de adaptação nacional, o Guia de Atividade Física para a População Brasileira (Ministério da Saúde, 2021) traduz as recomendações internacionais ao contexto sociocultural do país, valorizando práticas culturais regionais, atividades domésticas e deslocamento ativo como formas legítimas de prática corporal.

A vigilância em saúde no Brasil, conduzida pelo SUS, utiliza múltiplas fontes para monitorar fatores de risco e proteção — entre elas, o Vigitel (capitais e DF), a PNS (abrangência nacional e urbano–rural) e a PeNSE (escolares de 13 a 17 anos). Esses inquéritos são complementados por bancos de mortalidade (SIM) e internações hospitalares (SIH), que permitem analisar a evolução das DCNT associadas à inatividade física. Essa estrutura integrada de vigilância viabiliza o acompanhamento das metas de atividade física, o monitoramento das desigualdades regionais e a avaliação das políticas públicas intersetoriais.

A literatura nacional aponta, contudo, que o principal desafio é converter recomendações em políticas concretas e avaliáveis, com cobertura territorial equitativa e monitoramento contínuo por sexo, idade e região (PITANGA, 2010). Assim, a articulação entre diretrizes internacionais, adaptação nacional e vigilância integrada representa um eixo central da governança em promoção da saúde, assegurando que as metas de atividade física sejam traduzidas em ações mensuráveis e sustentáveis no território brasileiro.

3.4- DESAFIOS NA MENSURAÇÃO DA ATIVIDADE FÍSICA

A mensuração da atividade física constitui desafio metodológico central na epidemiologia, pois envolve capturar diferentes dimensões — domínio, intensidade, frequência, duração e contexto comportamental. Os instrumentos tradicionais, como o International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) e o Global Physical Activity Questionnaire (GPAQ), permanecem amplamente utilizados por sua

viabilidade em inquéritos populacionais, mas são suscetíveis a vieses de memória, subestimação de esforços leves e superestimação do tempo ativo, além da influência da desejabilidade social (CRAIG et al., 2003; BULL et al., 2009).

Tecnologias de mensuração objetiva, como acelerômetros, pedômetros e dispositivos vestíveis (wearables), oferecem maior precisão na quantificação da intensidade e duração da atividade física, além de permitirem análises de padrões temporais (tempo sedentário, fragmentação e breaks). No entanto, esses métodos apresentam custos elevados, dificuldades logísticas e baixa viabilidade em amostras nacionais de larga escala (MIGUELES et al., 2017). Mais recentemente, a integração de smartphones, sensores de GPS e aplicativos de monitoramento vem ampliando a capacidade de capturar contextos de deslocamento ativo e atividades cotidianas, aproximando a mensuração da realidade urbana. Contudo, desafios éticos e de privacidade de dados georreferenciados ainda limitam sua adoção em inquéritos oficiais (TROIANO et al., 2020).

Em estudos populacionais, recomenda-se o uso combinado de métodos subjetivos e objetivos, buscando conciliar representatividade (amostras amplas) e validade (medidas precisas). Abordagens híbridas permitem captar tanto a percepção comportamental quanto o padrão real de movimento, fortalecendo análises de tendência e políticas baseadas em evidências (JANZ, 2006; TROIANO et al., 2020). Por fim, a heterogeneidade entre instrumentos, unidades de medida e pontos de corte constitui barreira à comparabilidade entre países e inquéritos, reforçando a necessidade de padronização global e interoperabilidade de dados, conforme propõe o Global Action Plan on Physical Activity (OMS, 2018).

3.5- POLÍTICAS PÚBLICAS E EQUIDADE DE ACESSO

A redução das desigualdades em atividade física e a ampliação do acesso a ambientes ativos dependem da consolidação de políticas públicas que articulem saúde, educação, transporte e urbanismo. No Brasil, a principal estratégia estruturante do Sistema Único de Saúde (SUS) é o Programa Academia da Saúde (PAS), criado em 2011, voltado à promoção da atividade física, das práticas corporais e do cuidado comunitário, em articulação intersetorial.

O PAS representa um avanço institucional ao inserir a prática de atividade física como componente da Atenção Primária em Saúde, ampliando a oferta pública e aproximando o cuidado da realidade territorial. Entretanto, evidências de revisão apontam cobertura heterogênea, subfinanciamento e avaliação de impacto ainda incipiente, o que dificulta inferências sobre seus efeitos reais em minutos semanais de atividade física ou em desfechos clínicos (SILVA; PRATES; MALTA, 2021).

Mesmo com iniciativas em andamento, a prática no lazer entre idosos e populações de baixa renda continua baixa, reforçando a necessidade de ações focalizadas em equidade territorial e inclusão social (SOARES et al., 2023).

Para reduzir disparidades e avaliar a efetividade das políticas, recomenda-se o monitoramento de indicadores por sexo, idade, raça/cor, renda e ruralidade, com base em três dimensões operacionais:

- Processo: implantação, cobertura, infraestrutura, dose ofertada e fidelidade da intervenção;
- Alcance: proporção de elegíveis atendidos, adesão e continuidade;
- Resultado: prevalência de atividade física por domínios, deslocamento ativo e desfechos clínicos (como pressão arterial e glicemia).

Para atribuir causalidade e orientar decisões de escala, são recomendadas avaliações quasi-experimentais e abordagens mistas, combinando métodos quantitativos e qualitativos capazes de identificar barreiras de acesso, como segurança, tempo, transporte e oferta de equipamentos públicos. A efetividade do PAS tende a aumentar quando integrado a ações urbanas sustentáveis — calçadas acessíveis, ciclovias seguras, praças ativas, iluminação adequada e trânsito calmo — e a programas comunitários com metas verificáveis e financiamento estável, em articulação com saúde, educação e mobilidade urbana (SILVA; PRATES; MALTA, 2021; SOARES et al., 2023).

Além do PAS, outras políticas federais reforçam a promoção da atividade física como eixo estruturante da saúde e da cidadania. A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), redefinida em 2014 e consolidada em 2017 pela Portaria de Consolidação nº 2, inclui as práticas corporais e atividade física como uma de suas principais ações estratégicas, promovendo a intersetorialidade entre saúde, educação, mobilidade e assistência social. A PNPS destaca ainda a equidade e o monitoramento contínuo como princípios centrais (BRASIL, Ministério da Saúde, 2017). O Programa Saúde na Escola (PSE), instituído pelo Decreto nº 6.286/2007 e regulamentado pela Portaria Interministerial nº 1.055/2017, é outra política essencial, ao integrar saúde e educação na promoção da saúde escolar.

O PSE incorpora a atividade física e a Educação Física como componentes obrigatórios de sua agenda, voltando-se para cobertura, adesão e qualidade da oferta em escolas públicas (BRASIL, 2007; BRASIL, 2017).

A articulação entre PAS, PNPS e PSE reflete uma visão sistêmica e de curso da vida, na qual a promoção da atividade física é operacionalizada no território (PAS), no sistema de saúde (PNPS) e na escola (PSE). Essa integração potencializa a sustentabilidade das ações, favorece o monitoramento por indicadores

nacionais (Vigitel, PNS, PeNSE) e permite avaliar processos, alcances e resultados dentro de uma abordagem de equidade.

Em síntese, as políticas públicas brasileiras em atividade física avançaram no reconhecimento do tema como direito social e determinante de saúde, mas ainda enfrentam o desafio de ampliar cobertura, garantir financiamento estável e fortalecer a avaliação intersetorial, assegurando que as ações alcancem populações historicamente excluídas e promovam ambientes mais ativos, inclusivos e saudáveis em todas as fases do curso da vida.

4. CONCLUSÃO

A epidemiologia da atividade física oferece fundamentos essenciais para compreender o comportamento populacional e suas implicações sobre a carga global e nacional das DCNT. As evidências indicam insuficiência elevada, com dois gradientes persistentes — pior quadro na adolescência e agravamento com a idade entre adultos, sobretudo em mulheres —, refletindo desigualdades estruturais e determinantes sociais que ultrapassam a esfera individual. Embora os avanços biomédicos e clínicos tenham contribuído para reduzir a mortalidade proporcional por DCNT, a exposição populacional à inatividade física permanece estável, configurando um descompasso entre ganhos terapêuticos e falhas preventivas. Esse cenário reforça que a superação do sedentarismo exige intervenções estruturais, intersetoriais e territorializadas, para além do cuidado clínico.

Integrar mensuração válida, indicadores operacionais padronizados, recomendações adaptadas ao contexto nacional e políticas públicas avaliáveis é condição indispensável para reduzir iniquidades e promover ambientes saudáveis.

Programas como o PAS, a PNPS e o PSE evidenciam a capacidade institucional do Brasil, mas ainda demandam financiamento contínuo, monitoramento robusto e equidade territorial para alcançar todas as fases do curso da vida — da infância à velhice. Assim, a consolidação da epidemiologia da atividade física como campo científico e ferramenta de gestão requer articular ciência, vigilância e política pública, assegurando que os dados orientem decisões e que a promoção da atividade física se converta em direito social efetivo. Somente por meio dessa integração será possível reduzir desigualdades, ampliar a funcionalidade ao longo da vida e garantir que a prática corporal seja reconhecida como pilar da saúde e da cidadania no Brasil contemporâneo.

REFERÊNCIAS

- ACTIVE HEALTHY KIDS GLOBAL ALLIANCE. Global Matrix 4.0: Physical Activity Report Cards for Children and Adolescents. Ottawa: AHKGA, 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Guia de Atividade Física para a População Brasileira. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017. (Consolidada na Portaria de Consolidação nº 2, de 28 set. 2017).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2006–2023: prática de atividade física. Brasília: Ministério da Saúde, 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2023: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde; Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 1.055, de 25 de abril de 2017. Redefine regras e critérios para adesão ao PSE. Brasília: MS/MEC, 2017.
- BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola (PSE). Brasília: Presidência da República, 2007.
- BULL, F. C.; MASLIN, T. S.; ARMSTRONG, T. Global Physical Activity Questionnaire (GPAQ): reliability and validity. *Journal of Physical Activity and Health*, v. 6, n. 6, p. 790–804, 2009.
- CASPERSEN, C. J.; POWELL, K. E.; CHRISTENSON, G. M. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Reports*, v. 100, n. 2, p. 126–131, 1985.
- CRAIG, C. L. et al. International Physical Activity Questionnaire: 12-country reliability and validity. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, v. 35, n. 8, p. 1381–1395, 2003.
- FLORINDO, A. A.; HALLAL, P. C. Epidemiologia da atividade física. São Paulo: Atheneu, 2011.
- GUTHOLD, R. et al. Global trends in insufficient physical activity among adolescents: a pooled analysis of international surveys. *The Lancet Child & Adolescent Health*, v. 3, n. 12, p. 1078–1091, 2019.
- IBGE. Pesquisa Nacional de Saúde 2019 – Volume 4: percepção do estado de saúde, estilos de vida, DCNT e saúde bucal. Rio de Janeiro: IBGE, 2020.
- IBGE. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2019 (PeNSE 2019). Rio de Janeiro: IBGE, 2021.
- JANZ, K. F. Physical activity in epidemiology: moving from questionnaire to objective measurement. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, v. 77, n. 4, p. 487–497, 2006.
- KATZMARZYK, P. T. et al. The importance of physical activity as a key contributor to population health. *British Journal of Sports Medicine*, 2022.

LOVISOLO, H. R. Atividade física, educação e saúde. Rio de Janeiro: Sprint, 2000.

MALTA, D. C. et al. The burden of risk factors in Brazil, 1990–2019: an analysis of the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet Regional Health – Americas*, v. 5, p. 100089, 2022.

MIGUELES, J. H. et al. Accelerometer data collection and processing: recommendations for researchers and practitioners. *Sports Medicine*, v. 47, n. 9, p. 1821–1845, 2017.

NAHAS, M. V. Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões. Londrina: Midiograf, 2010.

PITANGA, F. J. G. Epidemiologia da atividade física, exercício físico e saúde. 3. ed. São Paulo: Phorte, 2010.

RIEBE, D. et al. Diretrizes do ACSM para os testes de esforço e sua prescrição. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.

ROTH, G. A. et al. Global burden of cardiovascular diseases and risk factors, 1990–2019. *Journal of the American College of Cardiology*, v. 76, n. 25, p. 2982–3021, 2020.

SILVA, A. G.; PRATES, E. J. S.; MALTA, D. C. Avaliação de programas comunitários de atividade física no Brasil: revisão de escopo. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 37, n. 5, e00277820, 2021.

SILVA, D. A. S. et al. Physical inactivity and mortality in Brazil, 1990–2017. *Population Health Metrics*, v. 18, p. 14, 2020.

SOARES, M. M. et al. Leisure-time physical activity among older adults in Brazil: time-series 2009–2020. *BMC Public Health*, v. 23, p. 17257, 2023.

STRAIN, T. et al. Global trends in insufficient physical activity from 2000 to 2022. *The Lancet Global Health*, v. 12, n. 8, p. e1150–e1162, 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (OMS). Global Action Plan on Physical Activity 2018–2030: more active people for a healthier world. Geneva: WHO, 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (OMS). Guidelines on Physical Activity and Sedentary Behaviour. Geneva: WHO, 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (OMS). Physical activity: fact sheet. Geneva: WHO, 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (OMS). Noncommunicable diseases: key facts (dados de mortalidade por DCNT). Geneva: WHO, 2023.

Capítulo 5



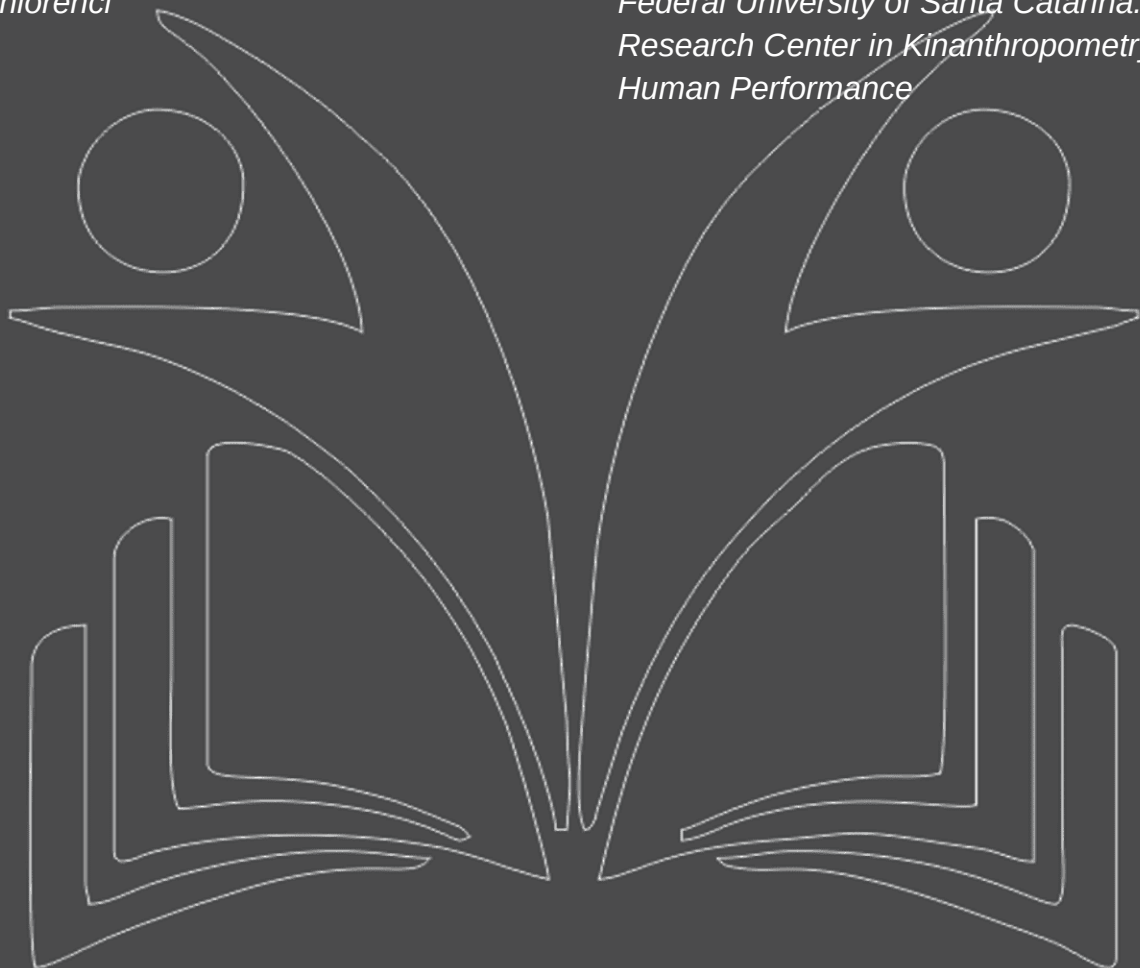
10.37423/251010370

DA LONGEVIDADE À FUNCIONALIDADE: ENVELHECIMENTO, DECLÍNIO FUNCIONAL E SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

Débora Goulart Bourscheid

Suellem Zanlorenci

*PhD in Medicine (UNICAMP), Brazil,
Independent Researcher, Florianópolis,
Brazil.
Federal University of Santa Catarina.
Research Center in Kinanthropometry and
Human Performance*



RESUMO

O envelhecimento populacional reorienta a saúde pública do paradigma curativo para o da funcionalidade. Sob uma perspectiva biopsicossocial, o envelhecer resulta da interação entre mecanismos biológicos (sarcopenia, fragilidade, inflammaging), recursos psicológicos (resiliência, coping, autoeficácia) e contextos sociais/ambientais (desigualdades, vínculos, cidade construída), definindo trajetórias de capacidade intrínseca e participação. Nesse cenário, o declínio funcional torna-se marcador sensível de iniquidades e de falhas preventivas, associando-se a quedas, hospitalizações, dependência e custos crescentes. O capítulo sintetiza fundamentos conceituais, tendências globais e nacionais do envelhecimento, e discute implicações para o SUS: medir função como desfecho (SPPB, velocidade de marcha, ADL/IADL), prevenir com intervenções multicomponentes (atividade física, nutrição, suporte psicossocial, cidades amigáveis) e reabilitar precocemente com planos centrados na pessoa (ICOPE/OMS). Argumenta-se por uma governança orientada a valor, com metas contratualizadas de capacidade e integração intersetorial entre saúde, assistência e urbanismo. Conclui-se que transformar longevidade em anos de vida com autonomia requer políticas territorializadas, financiamento estável e vigilância funcional contínua, alinhadas à Década do Envelhecimento Saudável (2021–2030).

Palavras-chave: envelhecimento; declínio funcional; capacidade intrínseca; fragilidade; saúde pública; curso da vida.

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é uma das transformações demográficas mais profundas do século XXI e desloca o foco das políticas de saúde do paradigma curativo para o paradigma da funcionalidade. Em perspectiva global e nacional, o rápido aumento da população idosa impõe reconfigurações no financiamento, na organização das redes de cuidado e no desenho das cidades, ao mesmo tempo em que exige redefinir “resultado” em saúde: não basta somar anos de vida, é necessário proteger capacidade funcional, autonomia e participação social. A Década do Envelhecimento Saudável (2021–2030) consagra esse giro ao centrar-se na capacidade intrínseca (estoque biopsíquico do indivíduo) e na funcionalidade (o que a pessoa consegue fazer no seu ambiente), tornando o declínio funcional um marcador sensível de desigualdades, de falhas preventivas e de integração insuficiente entre saúde, assistência e urbanismo.

Sob uma abordagem biopsicossocial, o envelhecer resulta da interação dinâmica entre mecanismos biológicos (p. ex., sarcopenia, fragilidade, inflamação crônica de baixa intensidade), recursos psicológicos (coping, resiliência, autoeficácia) e contextos sociais e ambientais (escolaridade, renda, trabalho de cuidado, vínculos, segurança e acessibilidade do ambiente construído). Quando esses planos se alinham de modo desfavorável — sedentarismo, alimentação inadequada, solidão, barreiras urbanas e acesso desigual a serviços — acelera-se a perda de função, elevando o risco de quedas, hospitalizações e dependência. Em contrapartida, intervenções multicomponentes (atividade física regular, nutrição adequada, suporte psicossocial e cidades amigáveis) comprimem a morbidade e ampliam a expectativa de vida saudável.

Objetivo: analisar, em chave crítica e sintética, os aspectos biopsicossociais do processo de envelhecimento, explicitando mecanismos e desigualdades que conduzem ao declínio funcional e discutindo seus impactos na saúde pública no Brasil; com base nisso, propor princípios operacionais para políticas e serviços centrados em funcionalidade — mensurar, prevenir e reabilitar.

2. METODOLOGIA

Tipo de estudo: revisão narrativa com escopo temático (biopsicossocial do envelhecimento, declínio funcional e políticas públicas), de caráter descritivo-analítico.

Fontes e busca:

- Bases e portais de livre acesso prioritários: SciELO, PubMed e Google Scholar; documentos oficiais de OMS/WHO, OPAS, IBGE, Ministério da Saúde e OECD.
- Período: 2010–2025 (com inclusão de clássicos fundacionais quando indispensáveis, p.ex., Baltes & Baltes; Engel; Fried; EWGSOP2).
- Termos combinados (pt/en): envelhecimento; declínio funcional; sarcopenia; fragilidade; SPPB; gait speed; ADL; IADL; multimorbidity; healthy ageing; ICOPE; biopsychosocial; social determinants; long-term care; Brazil; SUS; APS.

Critérios de inclusão:

1. Estudos e diretrizes que abordem mecanismos biológicos/psicológicos/sociais do envelhecer;
2. Evidências sobre mensuração funcional (SPPB, velocidade de marcha, ADL/IADL) e fragilidade;
3. Pesquisas/relatórios sobre inequidades (gênero, raça/cor, renda, território) e custos/uso de serviços;
4. Políticas e modelos de cuidado (PNSPI, ICOPE, reabilitação comunitária, CLD).
5. Critérios de exclusão: amostras não populacionais sem relevância ao tema, relatos duplicados, estudos com metodologia insuficiente ou sem indicadores funcionais/biopsicossociais claros.

Síntese e análise:

- Extração padronizada (população, medidas funcionais, desfechos, políticas/intervenções).
- Análise temática em quatro eixos: (i) fundamentos biopsicossociais; (ii) panorama e inequidades; (iii) mensuração e marcadores funcionais; (iv) respostas de política/serviço.
- Enfoque curso da vida e equidade para interpretar resultados; quando possível, destaque de indicadores operacionais (p.ex., SPPB, velocidade <0,8 m/s, ADL/IADL) úteis à gestão na APS/Rede DCNT.

3. DESENVOLVIMENTO

3.1 FUNDAMENTOS BIOPSIKOSSOCIAIS DO ENVELHECIMENTO

O envelhecimento humano é um processo universal e multifatorial, marcado pela redução progressiva das reservas fisiológicas e pelo aumento da vulnerabilidade a agravos (MATSUDO, 2005; FARINATTI, 2008). Do ponto de vista biológico, decorre da interação entre mecanismos genéticos, epigenéticos e ambientais; fenômenos como sarcopenia, osteopenia e disfunção mitocondrial compõem esse quadro, no qual o inflammaging — inflamação crônica de baixa intensidade — acelera o declínio funcional e a suscetibilidade a doenças crônicas (FRANCESCHI et al., 2018).

Na dimensão psicológica, envelhecer envolve reconstrução identitária e adaptação. O êxito na velhice depende do balanço perdas-ganhos e de estratégias de seleção, otimização e compensação, sustentadas por resiliência, sentido de vida e suporte social (BALTES; BALTES, 1990; NERI, 2001). No plano social, o envelhecimento reflete a acumulação de desigualdades (escolaridade, renda, gênero, raça, acesso a serviços). O chamado paradoxo feminino da longevidade — maior sobrevivência acompanhada de mais anos com incapacidade — ilustra como papéis sociais e sobrecarga de cuidado se traduzem em maior carga de doença entre mulheres (IBGE, 2023; WHO, 2024).

Em síntese, envelhecer resulta da interação dinâmica entre corpo, mente e contexto. O modelo biopsicossocial (ENGEL, 1977), consolidado pela OMS em seus marcos de envelhecimento saudável, enfatiza que saúde na velhice vai além da ausência de doença: envolve capacidade intrínseca, funcionalidade e participação social, pilares que orientam políticas centradas em autonomia e dignidade (WHO, 2015; WHO, 2024).

3.2 PANORAMA GLOBAL E NACIONAL DO ENVELHECIMENTO

3.2.1 Panorama global

O envelhecimento populacional configura uma transição demográfica acelerada, com mudança estrutural da pirâmide etária e crescimento sem precedentes dos contingentes de idosos (60+) e muito idosos (80+). De acordo com a ONU (2024), a população com 60 anos ou mais deve dobrar até 2050 (≈2,1 bilhões), enquanto o grupo 80+ tende a triplicar (≈450 milhões). Esse deslocamento etário pressiona sistemas previdenciários, arranjos de cuidado de longa duração e infraestruturas urbanas,

demandando redesenho de políticas públicas, planejamento de força de trabalho em saúde e modelos de financiamento socialmente sustentáveis.

Para além da longevidade (expectativa de vida ao nascer, EV), a OMS (2023) enfatiza o gap entre EV e expectativa de vida saudável (HALE) — na média global, a última década de vida é frequentemente vivida com limitações funcionais. Esse hiato sinaliza que ganhos de anos de vida não se traduzem automaticamente em autonomia, reforçando o paradigma do envelhecimento saudável: otimizar capacidade intrínseca e funcionalidade ao longo do curso da vida, em ambientes que favoreçam participação social e segurança. Em termos de população, isso se articula a três tendências clássicas:

1. Retangularização da curva de sobrevivência (maior proporção de pessoas atingindo idades avançadas);
2. Aumento da razão de dependência dos idosos (maior proporção de pessoas 65+ em relação à população em idade ativa);
3. Transição epidemiológica avançada, com predomínio das DCNT e elevação da multimorbidade.

Consequentemente, a agenda internacional desloca o foco de “adicionar anos à vida” para “adicionar vida aos anos”, integrando promoção de atividade física, alimentação adequada, ambientes urbanos caminháveis e redes de apoio formais e informais como determinantes da qualidade do envelhecer (WHO, 2023).

3.2.2 Panorama nacional e desigualdades regionais

No Brasil, o processo demográfico segue o padrão global, porém com ritmo acelerado e marcadas desigualdades regionais e sociais. Segundo o IBGE (2023), a esperança de vida ao nascer atingiu 76,4 anos (homens: 73,1; mulheres: 79,7), versus ~57,6 anos na década de 1970 — um ganho de ~19 anos em meio século. Esses avanços refletem melhorias sanitárias, expansão da Atenção Primária à Saúde, queda da mortalidade infantil e progresso científico-tecnológico (vacinas, fármacos, terapias). Ainda assim, a transição epidemiológica é incompleta: convivem doenças infecciosas remanescentes com a ascensão de DCNT e condições crônicas de cuidado, especialmente nas regiões Norte e Nordeste, onde persistem déficits estruturais de renda, escolaridade, saneamento e acesso a serviços (IBGE, 2023; ONU, 2022; MALTA et al., 2022).

A desigualdade territorial molda o envelhecer brasileiro. Sul e Sudeste concentram maior EV, maior oferta de serviços e equipamentos de saúde e assistência; Norte e Nordeste enfrentam maior vulnerabilidade social e sanitária. Esse gradiente se soma a desigualdades de gênero (mulheres vivem mais, porém com maior carga de incapacidade), raça/cor e escolaridade, configurando trajetórias heterogêneas de envelhecimento funcional.

Do ponto de vista clínico e funcional, a multimorbidade é traço marcante: estimativas nacionais mostram que 75% dos idosos referem ao menos uma doença crônica e cerca de 40% têm duas ou mais (OMS, 2023). Em inquéritos domiciliares, 24,1% relatam três ou mais DCNT e 38,2% apontam limitação funcional em atividades básicas (IBGE, 2020), sinalizando elevada demanda por reabilitação, cuidado domiciliar e apoio ao cuidador. Em termos de políticas, isso implica ir além do controle de doenças e investir em manutenção da capacidade funcional, prevenindo e retardando o declínio — especialmente por meio de atividade física regular, nutrição adequada e integração social (MATSUDO, 2005; FARINATTI, 2008).

Em síntese, o Brasil envelhece mais e de forma desigual. O desafio estratégico é transformar ganhos de longevidade em anos vividos com autonomia, reduzindo o gap EV–HALE e “achatando” a curva de incapacidade por meio de ações sobre determinantes sociais e ambientais, com foco territorial e equidade. Essas diretrizes dialogam diretamente com a Década do Envelhecimento Saudável (2021–2030) e preparam o terreno para a seção seguinte sobre declínio funcional, seus custos sociais e estratégias de enfrentamento no SUS.

3.3 IMPACTOS DO ENVELHECIMENTO NA SAÚDE PÚBLICA

3.3.1 Impactos epidemiológicos e psicossociais

O envelhecimento populacional reconfigura o perfil sanitário e a estrutura de demanda por cuidados, com predomínio de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e condições multimórbidas que cursam com declínio progressivo de capacidade funcional. Na métrica da OMS, esse processo se expressa no descompasso entre expectativa de vida (EV) e expectativa de vida saudável (HALE) e no aumento de anos vividos com incapacidade (componentes de DALY), demandando políticas que priorizem funcionalidade e autonomia, não apenas controle de mortalidade (WHO, 2023).

No Brasil, estimativas recentes indicam que $\approx 74\%$ dos óbitos decorrem de DCNT, sobretudo doenças cardiovasculares, diabetes e câncer, com limitações funcionais relevantes na população idosa (IBGE, 2020; WHO, 2023). Aproximadamente quatro em cada dez idosos referem restrições em atividades básicas de vida diária, quadro compatível com fases mais avançadas da trajetória multimorbidade → fragilidade (frailty) → incapacidade e dependência. Do ponto de vista clínico-funcional, a fragilidade — entendida como redução da reserva homeostática e da capacidade de resposta ao estresse — emerge como fenótipo e/ou índice acumulativo associado a quedas, hospitalizações e mortalidade; sua detecção precoce permite estratificar risco e modular o cuidado (ICF/OMS; ver também FARINATTI, 2008; MATSUDO, 2005).

Os impactos psicossociais são estruturantes. Isolamento social e solidão associam-se a depressão, declínio cognitivo e maior mortalidade, operando como determinantes ao lado de baixa renda, baixa escolaridade e barreiras ambientais (NERI, 2001; OPAS/OMS, 2023). Em contrapartida, engajamento social, lazer ativo e aprendizagem ao longo da vida correlacionam-se a melhor desempenho cognitivo e bem-estar, compondo o eixo de reserva cognitiva e capacidade intrínseca (DIAS; ISAYAMA, 2014).

No plano sistêmico, o aumento da dependência funcional eleva a utilização de serviços (internações, readmissões, uso de múltiplos fármacos) e tensiona o cuidado de longa duração (CLD) — frequentemente informal e feminizado, com sobrecarga de cuidadoras e custo de oportunidade familiar. Esses custos aparecem no SUS como dias de internação evitáveis, internações por condições sensíveis à APS, reabilitação prolongada e transporte sanitário, além de gastos catastróficos para famílias em arranjos sem proteção social adequada (BRASIL, 2023). Em síntese, a combinação DCNT + multimorbidade + fragilidade explica parcela substantiva do custo incremental e dos anos vividos com incapacidade na velhice — e torna a atividade física regular, o controle de fatores de risco e a conexão social elementos centrais de uma agenda de envelhecimento saudável.

Para transformar política em capacidade devolvida, o monitoramento deve integrar cinco eixos: desfechos duros (mortalidade por DCNT, quedas/fraturas, readmissões 30 dias); funcionalidade (ADL/IADL, velocidade de marcha, SPPB) como marcador proximal sensível a exercício e reabilitação; fragilidade (fenótipo de Fried ou índice acumulativo) para estratificar risco; saúde mental e laços sociais (triagem de depressão/solidão, participação comunitária) para sustentar adesão; e uso/custos (dias de internação, internações sensíveis à APS, reabilitação, cuidado de longa duração). Reunidos num painel de governança da APS/Rede DCNT, esses indicadores permitem metas contratualizadas (p.ex., +1 ponto no SPPB em 12–16 semanas, redução de quedas/ano) e financiamento orientado por

valor — capacidade funcional entregue, não apenas procedimentos. Esse arranjo fecha o ciclo entre clínica e sustentabilidade e retroalimenta decisões com evidência (WHO, 2021; WHO, 2023; OECD, 2023; Brasil, 2023).

3.3.2 Respostas e políticas públicas: avanços e lacunas

O Brasil construiu, ao longo das últimas duas décadas, um arcabouço normativo consistente para o envelhecimento — a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI, Portaria nº 2.528/2006) propõe redesenho do cuidado com foco em autonomia e reabilitação funcional, enquanto o Estatuto da Pessoa Idosa (Lei nº 10.741/2003) eleva o envelhecer a direito social (BRASIL, 2022). Mais recentemente, iniciativas como Brasil Amigo da Pessoa Idosa e o Plano Nacional para o Envelhecimento Ativo (2021–2030) alinham o país à Década do Envelhecimento Saudável, com ênfase em combate ao idadismo, cidades amigáveis, cuidados centrados na pessoa e tecnologias assistivas (WHO, 2023; BRASIL, 2023). Em termos de “intenção normativa”, estamos bem posicionados.

O problema é que boas leis não caminham sozinhas. Entre o desenho e a vida real, abre-se um “vão de implementação” alimentado por subfinanciamento, fragmentação intersetorial (saúde, assistência e urbanismo funcionam como trilhos paralelos) e baixa capilaridade de cuidados de longa duração (CLD). Some-se a isso a ausência de metas explícitas de função nos contratos de gestão — a capacidade funcional raramente é tratada como resultado finalístico. A analogia útil aqui é a de um sistema que mede pressão e glicemia, mas ignora se o paciente consegue levantar da cadeira: sem função como “norte”, a rede navega com bússola incompleta.

Experiências internacionais oferecem um contraponto pragmático. Em países como Japão, Canadá e Suécia, a funcionalidade é tratada como “quinto sinal vital” do idoso, monitorada rotineiramente com velocidade de marcha, SPPB e ADLs/IADLs, articulada à Avaliação Geriátrica Ampla (AGA) e a planos de cuidado centrados na pessoa. A combinação de coordenação na APS, reabilitação baseada na comunidade, apoio estruturado ao cuidador e arranjos de CLD mostrou-se capaz de reduzir custos e prolongar independência (OECD, 2023). Em outras palavras: quando a unidade de sucesso deixa de ser o procedimento e passa a ser o ganho de capacidade, o sistema gasta melhor — e as pessoas vivem melhor.

Para fechar o gap entre evidência e prática no SUS, três deslocamentos são estratégicos. Primeiro, orientar toda a Rede de Atenção pela função: incluir SPPB, velocidade de marcha e ADLs/IADLs como

metas contratualizadas na APS e na reabilitação; institucionalizar AGA e planos de cuidado para multimorbidade e fragilidade.

Segundo, prevenir e reverter o declínio a partir da comunidade: escalar o Programa Academia da Saúde (PAS) e conectá-lo a NASF-AB, Centros de Convivência e infraestrutura urbana ativa (praças, ciclovias, calçadas iluminadas), com prioridade territorial para periferias e zonas rurais; adotar protocolos de pré-habilitação (antes de cirurgias/eventos de risco) e planos de transição pós-alta para romper a “espiral de descondicionamento”.

Terceiro, integrar setores e financiar o que importa: criar mecanismos de pagamento por desempenho atrelados a ganhos funcionais e à redução de internações sensíveis à APS, garantir apoio ao cuidador (formação, descanso, transferências condicionadas) e ampliar o acesso a tecnologias assistivas; ao mesmo tempo, cidades amigáveis (acessibilidade, mobilidade ativa, segurança viária) transformam o território em intervenção de saúde.

Nenhuma dessas mudanças se sustenta sem avaliação e pesquisa aplicada. É preciso medir o que se faz e aprender com o que se mede: quase-experimentos e ensaios pragmáticos em serviços, avaliações econômicas (custo-efetividade/custo-benefício) com desfechos de capacidade funcional e qualidade de vida, e coortes que acompanhem fragilidade e capacidade intrínseca. A evidência gerada localmente é o passaporte para escala e sustentabilidade.

Em síntese, o país acertou no discurso e patina na execução. A virada depende de três verbos: medir (função como meta), integrar (APS–reabilitação–assistência–urbanismo) e financiar (valor atrelado a capacidade). Quando o indicador que decide orçamento é o mesmo que decide autonomia — levantar, caminhar, participar — a política pública deixa de ser promessa e vira capacidade devolvida (WHO, 2023; OECD, 2023; BRASIL, 2023).

3.4 DECLÍNIO FUNCIONAL: DETERMINANTES, CUSTOS E ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO

O declínio funcional é, na prática, o marcador mais útil para diferenciar longevidade com autonomia de anos vividos com dependência. Na ótica atual da OMS, o que interessa não é apenas tratar doenças, mas preservar a capacidade intrínseca e, com ela, a funcionalidade e a participação social (WHO, 2021; WHO, 2023; Farinatti, 2008). Essa inflexão desloca o eixo do cuidado: do controle biomédico de condições isoladas para a gestão integrada da capacidade ao longo do curso da vida.

Do ponto de vista biológico, o declínio funcional emerge da convergência entre sarcopenia/dinapenia, fragilidade (fenótipo de Fried), disfunção mitocondrial e o processo inflamatório crônico de baixa intensidade descrito como inflammaging — um pano de fundo que acelera perdas de potência muscular, equilíbrio e resistência (Franceschi et al., 2018; Fried et al., 2001). Esses mecanismos ganham ou perdem tração conforme comportamentos do cotidiano: níveis insuficientes de atividade física, dieta com aporte proteico inadequado e sono fragmentado compõem um terreno fértil para a perda de capacidade; somam-se, frequentemente, efeitos iatrogênicos da polifarmácia (Matsudo, 2005; Guedes; Guedes, 1995). A dimensão psicossocial e ambiental é o terceiro vértice: isolamento, depressão e baixa autoeficácia interagem com moradias e calçadas inseguras, iluminação precária e transporte ineficiente — barreiras concretas que transformam vulnerabilidade em desfecho (Neri, 2001; WHO, 2021). Em síntese, o declínio funcional não é “natural”; é produzido pela sobreposição de fatores biológicos, comportamentais e contextuais.

Para transformar risco difuso em decisão clínica e de gestão, é indispensável medir de forma simples e replicável na Atenção Primária. Três ferramentas ancoram um rastreio de alto valor: velocidade de marcha em percurso curto (4–6 m), com ponto de atenção ao redor de 0,8 m/s; o Short Physical Performance Battery (SPPB), cujo escore ≤ 9 sinaliza maior risco de incapacidade; e a força de preensão manual associada a escalas de ADLs/IADLs. Esses componentes sustentam o protocolo ICOPE/OMS para cuidado integrado da pessoa idosa e contam com vasta validação prognóstica (WHO, 2019; WHO, 2021; Guralnik et al., 1995; Studenski et al., 2011; EWGSOP2, 2019). A mensagem é direta: sem aferição rotineira de desempenho físico, a rede de atenção “enxerga tarde”.

As consequências econômicas e distributivas do declínio são expressivas. Estimativas administrativas nacionais indicam que a dependência funcional triplica o custo anual médio por idoso no SUS, sobretudo por internações, re-internações e uso de serviços de média complexidade, além de deslocar grande parte do cuidado para familiares — majoritariamente mulheres, perpetuando desigualdades de gênero (Brasil, 2023; IBGE, 2023; Mazo; Lopes; Benedetti, 2009). À luz de análises internacionais, prevenir ou retardar o declínio é custo-efetivo, reduzindo internações sensíveis à APS e melhorando qualidade de vida em larga escala (OECD, 2023; WHO, 2023).

Diante desse quadro, a resposta efetiva combina prevenção primária, secundária e terciária sem rupturas. Na primária, o centro de gravidade é o exercício multicomponente — força de grandes grupos musculares duas a três vezes por semana, treino de equilíbrio e componente aeróbico com progressão — articulado a nutrição com distribuição proteica diária em torno de 1,0–1,2 g/kg/dia e a

ambientes ativos (calçadas contínuas e iluminadas, praças e ciclovias conectadas), que reduzam o atrito entre intenção e comportamento (Riebe et al., 2018; WHO, 2020).

Na secundária, “medir para agir” significa instituir rastreio periódico (velocidade, SPPB, ADLs/IADLs), acionar planos de reabilitação com metas de ganho em membros inferiores e equilíbrio dinâmico e revisar polifarmácia com foco em redução de risco de quedas (WHO, 2019; WHO, 2021). Quando a incapacidade já se instalou, a terciária persegue a redução de dependência: reabilitação pós-evento (p. ex., AVC, fratura) com alta planejada, adaptações domiciliares e integração saúde–assistência social (modelos de cuidado de longa duração e prescrição social para reconectar a pessoa a redes de convivência), arranjos associados, em países da OCDE, a melhor funcionalidade e custos per capita mais baixos (OECD, 2023).

Nada disso é escalável sem governança orientada a valor. Indicadores contratualizados na APS/Rede DCNT — proporção de pessoas ≥ 60 anos com SPPB registrado; Δ -SPPB ≥ 1 ponto em 12–16 semanas nos elegíveis; taxa anual de quedas — alinham o cotidiano das equipes a desfechos que importam. Financiamento com componente por desempenho deve premiar ganhos funcionais e redução de internações sensíveis à APS em idosos. E a territorialização intersetorial (PAS + NASF-AB + Assistência Social + Mobilidade/Urbanismo) é o mecanismo para transformar recomendações clínicas em rotas ativas, reduzir isolamento social e modular determinantes que estão fora da sala de consulta (WHO, 2021; OECD, 2023).

Em última análise, migrar de uma lógica reparadora para a gestão proativa da capacidade ao longo do curso da vida é a alavanca de maior impacto simultâneo sobre autonomia individual e sustentabilidade do sistema. Trata-se de uma agenda tecnicamente viável, eticamente inadiável e economicamente racional — e que depende, sobretudo, de medir melhor, integrar melhor e financiar aquilo que de fato devolve capacidade (WHO, 2021; OECD, 2023).

4. CONCLUSÃO

O envelhecimento, enquanto processo biopsicossocial, reflete a interação de mecanismos biológicos, psicológicos e sociais mediados por contextos de desigualdade. A análise evidencia que o declínio funcional não é inevitável, mas o resultado de trajetórias sociais e políticas que ainda privilegiam o tratamento de doenças em detrimento da preservação da capacidade.

No Brasil, o envelhecimento ocorre de forma acelerada e desigual, com avanços institucionais significativos — como a PNSPI e o Estatuto da Pessoa Idosa —, porém acompanhados de baixa efetividade operacional. Persistem lacunas entre o discurso normativo e a prática territorial, entre a intenção de promover autonomia e a realidade de fragmentação entre saúde, assistência e urbanismo.

Superar esse descompasso requer um novo eixo de governança em saúde pública, centrado na funcionalidade como valor e indicador-chave. Isso implica mensurar de forma sistemática a capacidade física e social (SPPB, ADL/IADL, participação), prevenir o declínio com ações integradas de atividade física, nutrição e suporte psicossocial, e reabilitar precocemente, com planos individualizados e redes comunitárias que devolvam autonomia.

Assim, transformar longevidade em vida com capacidade é mais que uma meta sanitária: é um pacto civilizatório entre ciência, gestão e equidade social. Promover o envelhecimento ativo significa garantir que cada ano adicional seja vivido com autonomia, propósito e dignidade — o verdadeiro indicador de um sistema de saúde maduro e de uma sociedade justa.

REFERÊNCIAS

- BALTES, P. B.; BALTES, M. M. *Successful aging: perspectives from the behavioral sciences*. Cambridge: Cambridge University Press, 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006: aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Vigitel Brasil 2023: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023.
- BRASIL. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003: Estatuto da Pessoa Idosa. Brasília, DF, 2003.
- DIAS, C.; ISAYAMA, H. F. (org.). *Organização de atividades de lazer e recreação*. São Paulo: Érica, 2014.
- ENGEL, G. L. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, v. 196, n. 4286, p. 129–136, 1977.
- EUROPEAN WORKING GROUP ON SARCOPENIA IN OLDER PEOPLE 2 (EWGSOP2). Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. *Age and Ageing*, v. 48, n. 1, p. 16–31, 2019. DOI: 10.1093/ageing/afy169.
- FARINATTI, P. de T. V. *Envelhecimento: promoção da saúde e exercício*. 2 v. São Paulo: Manole, 2008.
- FRANCESCHI, C. et al. Inflammaging: a new immune–metabolic viewpoint for age-related diseases. *Nature Reviews Endocrinology*, v. 14, p. 576–590, 2018. DOI: 10.1038/s41574-018-0059-4.
- FRIED, L. P. et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *The Journals of Gerontology: Series A*, v. 56, n. 3, p. M146–M156, 2001.
- GURALNIK, J. M. et al. A short physical performance battery assessing lower extremity function: association with self-reported disability and prediction of mortality and nursing home admission. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, v. 49, n. 2, p. M85–M94, 1994.
- GUEDES, D. P.; GUEDES, J. E. R. P. *Exercício físico na promoção da saúde*. Londrina: Midiograf, 1995.
- IBGE. *Pesquisa Nacional de Saúde 2019 – Volume 4: percepção do estado de saúde, estilos de vida, DCNT e saúde bucal*. Rio de Janeiro: IBGE, 2020.
- IBGE. *Tábuas completas de mortalidade para o Brasil – 2023*. Rio de Janeiro: IBGE, 2023.
- MALTA, D. C. et al. The burden of risk factors in Brazil, 1990–2019: an analysis of the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet Regional Health – Americas*, v. 6, e100135, 2022.
- MAZO, G. Z.; LOPES, M. A.; BENEDETTI, T. B. *Atividade física e o idoso: concepção gerontológica*. 3. ed. Porto Alegre: Sulina, 2009.

MATSUDO, S. M. M. Avaliação do idoso: física & funcional. 2. ed. rev. e atual. São Caetano do Sul: CELAFISCS, 2005.

NAHAS, M. V. Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo. 5. ed. Londrina: Midiograf, 2010.

NERI, A. L. Desenvolvimento e envelhecimento: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas. Campinas: Papirus, 2001.

NIEMAN, D. C. Exercício e saúde: teste e prescrição de exercícios. 6. ed. São Paulo: Manole, 2011.

OECD – Organisation for Economic Co-operation and Development. Health at a Glance 2023: OECD Indicators. Paris: OECD Publishing, 2023. DOI: 10.1787/4dd50c09-en.

ONU – Organização das Nações Unidas. World Population Prospects 2022: summary of results. New York: United Nations, 2022.

ONU – Organização das Nações Unidas. World Social Report 2024: aging in an unequal world. New York: United Nations, 2024.

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde. Relatório mundial de envelhecimento e saúde. Brasília, DF: OPAS/OMS, 2015.

PITANGA, F. J. G. Epidemiologia da atividade física, exercício físico e saúde. 3. ed. São Paulo: Phorte, 2010.

PITANGA, F. J. G. (org.). Orientações para avaliação e prescrição de exercícios físicos direcionados à saúde. São Paulo: CREF4/SP, 2019.

POLITO, L. F. T.; MONTENEGRO, C. G. S. P.; FALCONI, C. A. Manual de prescrição do exercício físico para grupos especiais. Barueri, SP: Manole, 2023.

RIEBE, D.; EHRMAN, J. K.; LIGUORI, G.; MAGAL, M. Diretrizes do ACSM para os testes de esforço e sua prescrição. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.

STUDENSKI, S. et al. Gait speed and survival in older adults. JAMA, v. 305, n. 1, p. 50–58, 2011.

WHO – World Health Organization. Guidelines on physical activity and sedentary behaviour. Geneva: WHO, 2020.

WHO – World Health Organization. World Health Statistics 2023: monitoring health for the SDGs. Geneva: WHO, 2023.

WHO – World Health Organization. Integrated care for older people (ICOPE): guidance for person-centred assessment and pathways in primary care. 2nd ed. Geneva: WHO, 2024.

WHO – World Health Organization. United Nations Decade of Healthy Ageing 2021–2030: midterm progress review. Geneva: WHO, 2024.

Capítulo 6



10.37423/251010414

IMPACTO DA SAÚDE MENTAL NO CICLO GRAVÍDICOPUERPERAL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

KLEOPATRA NOEME BARBOSA ALVES

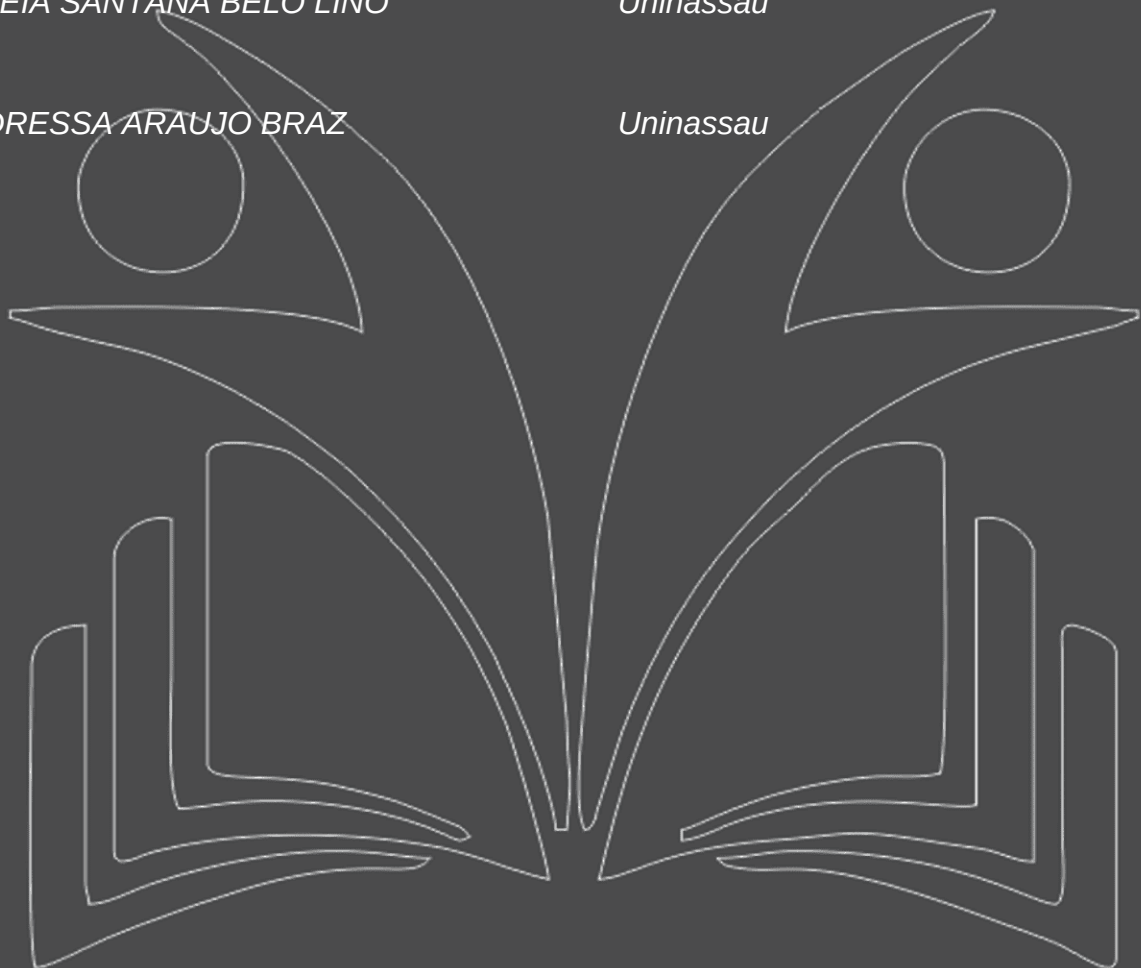
Uninassau

CLAUDIANEIA SANTANA BELO LINO

Uninassau

LUIZA ANDRESSA ARAUJO BRAZ

Uninassau



RESUMO

A saúde mental no ciclo gravídico-puerperal é um desafio de saúde pública, pois a gestação e o pós-parto representam períodos de maior vulnerabilidade psíquica. O objetivo deste estudo foi analisar fatores de risco e o papel da Enfermagem na prevenção e cuidado de gestantes e puérperas com transtornos mentais. Metodologia: trata-se de uma revisão integrativa da literatura, realizada nas bases SciELO, LILACS, BDENF e BVS, entre 2019 e 2025, utilizando descritores em Ciências da Saúde: Saúde mental puérpera; Gestação; Depressão pós-parto; Enfermagem Obstétrica. Resultados: evidenciou-se que ausência de apoio familiar, histórico psiquiátrico, idade materna desfavorável, complicações obstétricas e dificuldades no aleitamento são fatores associados à depressão pós-parto. Conclusão: constatou-se que a Enfermagem exerce papel central na identificação precoce, orientação e acolhimento, sendo fundamental para a promoção da saúde mental materna e para a redução de desfechos negativos à mãe e ao bebê.

PALAVRAS CHAVES: Saúde mental puérpera; Gestação; Depressão pós-parto; Enfermagem Obstétrica

INTRODUÇÃO

A saúde mental do ciclo gravídico-puerperal tem se tornado um tema de crescente relevância no campo da saúde pública, sobretudo pela íntima relação entre o bem-estar psicológico da mãe e o desenvolvimento saudável do bebê. O período que compreende a gestação e o puerpério é marcado por intensas transformações biológicas, emocionais e sociais, que podem desencadear vulnerabilidades psíquicas. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), uma em cada cinco mulheres podem apresentar algum transtorno mental durante a gravidez ou após o parto, sendo a depressão e a ansiedade os mais prevalentes (BRASIL, 2022). No Brasil, a situação se agrava em virtude da subnotificação e da dificuldade de acesso a serviços especializados, o que amplia o impacto negativo para a mãe, a criança e a família.

O adoecimento psíquico nesse ciclo não compromete apenas a saúde da mulher, mas repercute a forma direta ao vínculo mãe-bebê, no aleitamento materno e no desenvolvimento infantil. A ausência de identificação precoce de sintomas como tristeza profunda, medo excessivo e sentimentos de incapacidade materna leva a prejuízos significativos na relação afetiva, podendo gerar repercussão de longo prazo. Esses aspectos evidenciam a necessidade de estratégias de acolhimento e acompanhamento sensível por parte da equipe multiprofissional, em especial da Enfermagem, que ocupa posição de destaque nos serviços de saúde (DIMENSTEIN et al., 2020).

Outro fator relevante diz respeito à influência do contexto social e familiar sobre a saúde mental materna. Estudos demonstram que a falta de suporte do parceiro, os conflitos conjugais, a violência doméstica e a baixa rede de apoio social estão entre os principais fatores que contribuem para a incidência de transtornos mentais nesse período (GOMES; MOREIRA, 2018). Nesse sentido, a presença de uma rede de apoio sólida, aliada à atuação profissional qualificada, torna-se um elemento protetor diante das vulnerabilidades vivenciadas pela mulher no ciclo gravídico-puerperal.

Apesar da relevância do tema, observa-se ainda uma lacuna importante na produção científica nacional voltada à saúde mental perinatal, sobretudo sob a perspectiva da Enfermagem. Schmidt, Piccoloto e Müller (2005) já apontavam a carência de protocolos clínicos voltados para o acompanhamento psicológico de gestantes e puérperas, realidade que ainda persiste. Mais recentemente, Andrade et al. (2024) reforçam que a atenção básica, enquanto porta de entrada do sistema de saúde, apresenta limitações no rastreamento e no manejo de sintomas psíquicos, revelando a necessidade de pesquisas que subsidiem práticas mais efetivas e humanizadas (ANDRADE et al., 2024).

Dessa forma, este estudo se justifica pela necessidade de ampliar a visibilidade e a compreensão dos fatores que influenciam a saúde mental materna durante a gestação e o puerpério, contribuindo para a construção de estratégias de cuidado integral. Além disso, pretende ressaltar o papel fundamental do enfermeiro, que, por estar em contato direto com as gestantes nos serviços de saúde, possui condições de identificar precocemente sinais de sofrimento psíquico, promover ações educativas e encaminhar para acompanhamento especializado, quando necessário (GO-MES; MOREIRA, 2018).

Assim, este Trabalho de Conclusão de Curso propõe-se a analisar o impacto da saúde mental no ciclo gravídico-puerperal, considerando os fatores de risco associados, a importância da rede de apoio e o papel da Enfermagem no acompanhamento e prevenção dos transtornos mentais. O estudo será estruturado em cinco capítulos: introdução, metodologia, resultados e discussão, e conclusão, buscando oferecer subsídios teóricos e práticos para o fortalecimento da assistência integral à mulher nesse período singular de sua vida.

METODOLOGIA

Este estudo foi elaborado por meio de uma revisão integrativa da literatura, método que possibilita reunir, sintetizar e analisar de forma crítica os resultados de pesquisas já publicadas sobre determinada temática, permitindo a construção de conhecimento atualizado e aplicável à prática da Enfermagem. A escolha pela revisão integrativa se justifica por sua abrangência, visto que contempla estudos qualitativos e quantitativos e possibilita a compreensão do fenômeno investigado sob diferentes perspectivas.

A pesquisa possui caráter qualitativo, descritivo e exploratório, uma vez que busca compreender as manifestações dos transtornos mentais durante a gestação e o puerpério, bem como o papel da Enfermagem no rastreamento, acolhimento e intervenção nesse contexto. A população do estudo corresponde aos artigos científicos disponíveis em bases de dados nacionais e internacionais que tratam da saúde mental no ciclo gravídico-puerperal, enquanto a amostra será composta pelos artigos selecionados a partir de critérios previamente definidos, garantindo a atualidade e a relevância das informações analisadas. Foram incluídos artigos publicados entre 2019 e 2025, em português, disponíveis em texto completo e gratuito que abordem diretamente a saúde mental de gestantes e puérperas, com destaque para a atuação da Enfermagem. Foram excluídas publicações duplicadas, estudos de opinião, editoriais, relatos sem rigor científico ou pesquisas que não tratassem especificamente da temática proposta e artigos não disponibilizado gratuitamente.

A busca foi realizada nas bases SciELO, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF) e Google Acadêmico.

Por se tratar de uma revisão de literatura, esta pesquisa não envolve coleta de dados com seres humanos e, portanto, não exige submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa. Contudo, serão respeitados integralmente os princípios éticos da pesquisa científica, garantindo a fidedignidade das informações.

RESULTADO E DISCUSSÕES

A presença do parceiro durante a gestação e o puerpério é considerada um dos principais fatores protetores para a saúde mental da mulher. De acordo com Gomes e Moreira (2018), o envolvimento do companheiro no processo gravídico-puerperal favorece a redução de sintomas ansiosos e depressivos, além de fortalecer a autoconfiança da puérpera frente aos desafios da maternidade. Isso significa que o suporte emocional, aliado à coparticipação no cuidado, não apenas diminui o risco de depressão pós-parto, como também potencializa o vínculo mãe-bebê. Dessa forma, o parceiro deixa de ser um coadjuvante e passa a exercer papel ativo no cuidado integral da mulher e da criança (MOREIRA, 2018).

Esse apoio se manifesta em diferentes dimensões. No âmbito emocional, a escuta e a validação de sentimentos reduzem a sobrecarga psíquica decorrente das mudanças hormonais, físicas e sociais. Já no aspecto prático, dividir tarefas domésticas e cuidados com o recém-nascido contribui para diminuir a privação de sono e o estresse, fatores sabidamente associados ao desenvolvimento de transtornos mentais. Para Dimenstein et al. (2020), o suporte conjugal é um elemento indispensável de proteção psíquica, pois, quando ausente, intensifica sentimento de culpa, isolamento e incapacidade materna, criando terreno fértil para o adoecimento mental (DI-MENSTEIN et al., 2020).

A literatura também aponta que a relação entre saúde mental e dificuldades no processo de amamentação é mediada pela presença do parceiro. Em estudo realizado, Santos et al. (2017) observaram que mesmo diante de dificuldades como dor, fissuras e mastite, a presença do apoio do esposo esteve relatada em 86,6% das primíparas e funcionou como fator determinante para a continuidade da amamentação. Esse dado reforça que o suporte conjugal vai além do aspecto afetivo, estendendo-se à superação de barreiras práticas que poderiam favorecer a depressão pós-parto.

Assim, a presença do parceiro no cuidado imediato ao bebê e no incentivo à amamentação funciona como recurso protetor indireto da saúde psíquica materna (SANTOS, et al., 2017).

O histórico familiar de transtornos mentais representa um fator de risco relevante para o desenvolvimento de agravos psiquiátricos após a gestação. Quando há antecedentes de depressão, ansiedade ou outros transtornos em familiares próximos, a probabilidade de a puérpera manifestar sintomas depressivos ou ansiosos é consideravelmente maior. Segundo Oliveira e Campos (2020), a presença de histórico psiquiátrico na família deve ser vista como marcador de vulnerabilidade, sobretudo em mulheres no ciclo gravídico-puerperal, por influenciar diretamente na manifestação de sintomas emocionais e comportamentais (OLIVEIRA; CAMPOS, 2020).

Além do componente genético, o histórico familiar também reflete a influência de fatores ambientais e relacionais. De acordo com Souza et al. (2021), mulheres que cresceram em famílias marcadas por instabilidade emocional e conflitos recorrentes tendem a apresentar menor resiliência diante das demandas da maternidade. Em análise qualitativa, os autores identificaram que a repetição de padrões de sofrimento psíquico pode emergir de forma mais intensa após o nascimento do bebê, interferindo no vínculo afetivo e no autocuidado (SAUZA et al., 2021).

Os dados disponíveis indicam que o risco de depressão pós-parto é significativamente maior em mulheres que, além de possuírem histórico familiar positivo, enfrentam condições adversas no período gestacional, como complicações obstétricas ou dificuldades socioeconômicas. Em estudo de Lima e Ferreira (2022), observou-se que a interação entre predisposição genética e fatores ambientais, como ausência de suporte social e condições de vulnerabilidade, amplia as chances de adoecimento mental materno (LIMA; FERREIRA, 2022).

A idade materna exerce influência significativa sobre a saúde mental no ciclo gravídico-puerperal, podendo atuar como fator de proteção ou de vulnerabilidade, dependendo do contexto. Em estudo conduzido por Netto et al. (2024), verificou-se que 71,2% das puérperas com depressão pós-parto estavam na faixa de 20 a 34 anos, representando a maioria dos casos analisados. Esse dado demonstra que, embora essa faixa etária seja considerada biologicamente ideal para a gestação, ainda assim concentra a maior parte dos casos de transtornos psiquiátricos no pós-parto. Dessa forma, a variável idade precisa ser analisada em conjunto com outros determinantes sociais, clínicos e emocionais (NETTO et al., 2024).

As gestações na adolescência aparecem com maior vulnerabilidade emocional. Em análise sobre maternidade precoce, Silva e Rodrigues (2023) destacam que a imaturidade emocional, a sobreposição

de papéis sociais e a ausência de estrutura familiar contribuem de maneira decisiva para o desenvolvimento de sintomas depressivos na adolescência. Nessa perspectiva, a idade jovem não atua isoladamente, mas se soma a outros fatores de risco, como evasão escolar, baixa renda e ausência de apoio conjugal, ampliando a probabilidade de adoecimento mental nesse período (SILVA; RODRIGUES, 2023).

Por outro lado, a gestação em idade mais avançada também pode impactar negativamente a saúde mental. Conforme Lima e Ferreira (2022), as gestações em mulheres acima de 35 anos apresentam maiores riscos obstétricos, como hipertensão e parto prematuro, que, por sua vez, repercutem de forma indireta na saúde psicológica materna. Isso demonstra que a variável idade deve ser compreendida de forma não linear, pois tanto gestantes adolescentes quanto aquelas em idade avançada estão mais suscetíveis a condições emocionais desfavoráveis (LIMA; FERREIRA, 2022).

Tabela 01 – Idade materna e proporção de casos de depressão pós-parto.

Tabela 01 – Idade materna e proporção de casos de depressão pós-parto.

Faixa etária (anos)	% dos casos de DPP	Fonte
15 – 19 (adolescente)	Maior vulnerabilidade emocional	Silva e Rodrigues (2023)
20 – 24 (adultas)	71,2 %	Netto et al. (2024)
>35 (idade avançada)	Associada a maiores riscos obstétricos	Lima e Ferreira (2022)

Para a Enfermagem, identificar a idade materna e correlacioná-la à saúde mental é uma etapa fundamental da anamnese e do planejamento de cuidado. Oliveira e Campos (2023) enfatizam que a articulação da idade materna no planejamento assistencial possibilita intervenções mais direcionadas e humanizadas, contribuindo para a prevenção de transtornos psiquiátricos no ciclo gravídico-puerperal. Assim, compreender as particularidades de cada faixa etária permite que o enfermeiro atue de forma preventiva e integral, garantindo não apenas a saúde física, mas também o bem-estar emocional da gestante e da puérpera (CAMPOS, 2023).

A ocorrência de transtornos mentais no ciclo gravídico-puerperal é multifatorial e resulta da interação entre aspectos biológicos, psicológicos e sociais. Entre os fatores mais frequentemente apontados está a vulnerabilidade socioeconômica. Segundo Andrade et al. (2024), a baixa renda familiar e a instabilidade financeira estão diretamente associadas ao aumento da prevalência de sintomas depressivos em gestantes e puérperas acompanhadas na atenção básica. Essa realidade revela que as condições de vida exercem impacto decisivo na saúde mental materna.

Outro fator de grande relevância é a ausência de apoio social e familiar. De acordo com Nogueira e Pereira (2020), mulheres que vivenciam a maternidade em situação de isolamento tendem a apresentar maior risco de depressão e ansiedade no puerpério. Para os autores, o suporte afetivo funciona como uma rede de proteção, pois quando a mulher percebe que não está sozinha, sente-se fortalecida para enfrentar os desafios da maternidade. Isso mostra a importância de estratégias de fortalecimento das redes sociais como medida preventiva (NOGUEIRA; PEREIRA, 2020).

As complicações obstétricas também aparecem como elementos que aumentam o risco de adoecimento psíquico. Em estudo conduzido por Lima et al. (2021), verificou-se que gestações marcadas por pré-eclâmpsia, partos operatórios ou prematuridade apresentaram maiores índices de sintomas depressivos após o nascimento do bebê. Os autores destacam que a vivência de intercorrências obstétricas complexas intensifica a percepção de fragilidade materna e amplia a vulnerabilidade emocional (LIMA et al., 2021).

O histórico de violência doméstica é outro fator recorrente nos estudos. Em pesquisa multicêntrica, Costa e Mendes (2022) identificaram que mulheres expostas à violência conjugal durante a gestação apresentaram risco três vezes maior de desenvolver depressão pós-parto em comparação às que não sofreram agressões. Para os autores, esse dado evidencia que a violência de gênero permanece como um dos principais determinantes do sofrimento psíquico feminino, sobretudo no período gestacional e puerperal. Nesse sentido, a atuação do Enfermeiro deve estar atento à identificação precoce de sinais de violência.

Também merece destaque a influência de antecedentes psiquiátricos pessoais. Segundo Cardoso et al. (2020), gestantes que já apresentaram episódios prévios de depressão ou ansiedade constituem grupo de alto risco para a recorrência desses transtornos no puerpério. Em suas palavras, a gestação e o pós-parto podem reativar sintomas antigos, tornando indispensável o acompanhamento contínuo dessas mulheres. A presença desse fator exige protocolos de seguimento diferenciados, com vigilância intensiva durante todo o ciclo gravídico-puerperal (CARDOSO et al., 2020).

Outro fator importante é a idade materna, já discutida em objetivo anterior, mas que aqui se confirma como variável relevante. Mulheres adolescentes e aquelas acima de 35 anos apresentam maior predisposição ao sofrimento psíquico. De acordo com Oliveira e Campos (2023), a idade atua como marcador de vulnerabilidade, pois as extremidades etárias se associam a riscos biológicos e sociais que favorecem o desenvolvimento de transtornos mentais. Essa variável, quando somada a outros fatores de risco, amplia as chances de adoecimento (OLIVEIRA; CAMPOS, 2023).

A dificuldade no aleitamento materno também foi identificada como elemento que favorece o desenvolvimento de sintomas depressivos. Em estudo realizado em unidades de saúde da região Norte, Ferreira et al. (2021) apontaram que a percepção de insucesso na amamentação provoca sentimento de frustração e incapacidade, desencadeando sintomas de tristeza e ansiedade em muitas mulheres. Isso reforça a necessidade de orientação contínua e apoio profissional nesse processo, como forma de proteção à saúde mental da puérpera.

O papel da Enfermagem no ciclo gravídico-puerperal é central, especialmente no cuidado de gestantes que apresentam maior risco para transtornos mentais. O enfermeiro atua desde a captação precoce da gestante, nas consultas de pré-natal, até o acompanhamento no pós-parto imediato e tardio. Para Santos e Oliveira (2020), a Enfermagem é responsável por identificar sinais precoces de sofrimento psíquico e propor intervenções educativas e assistenciais que minimizem riscos à mãe e ao bebê. Isso evidencia a amplitude de funções que vão além do cuidado clínico, abrangendo também a dimensão psicossocial (SANTOS; OLIVEIRA, 2020).

A escuta qualificada se destaca como uma das ferramentas mais importantes do enfermeiro nesse contexto. Quando a gestante é acolhida em suas dúvidas e fragilidades, há maior possibilidade de adesão ao pré-natal e redução de sintomas de ansiedade. Segundo Carvalho et al. (2021), a postura empática do profissional contribui para fortalecer o vínculo terapêutico e reduzir sentimentos de isolamento experimentados pelas mulheres. Assim, a comunicação eficaz torna-se parte essencial do cuidado integral à saúde mental materna (CARVALHO et al., 2021).

Além da escuta, a Enfermagem deve realizar rastreio sistemático para transtornos mentais durante a gestação e no puerpério. A aplicação de instrumentos validados, como a Escala de Edimburgo, tem sido apontada como uma prática acessível e de baixo custo, permitindo identificar precocemente quadros depressivos. De acordo com Lima e Costa (2022), o uso de instrumentos de rastreio no pré-natal deve ser rotina do cuidado, pois garante a detecção precoce de sintomas e o encaminhamento

oportuno. Esse cuidado sistematizado amplia a segurança clínica e fortalece a integridade da assistência (LIMA; COSTA, 2022).

Outro aspecto fundamental é o apoio ao aleitamento materno, uma vez que dificuldades nessa prática estão associadas ao sofrimento psíquico. Em pesquisa realizada em unidades básicas de saúde, Fernandes e Rocha (2021) observaram que a orientação do enfermeiro sobre pega correta e prevenção de intercorrências foi determinante para reduzir frustrações maternas e favorecer a continuidade da amamentação. Isso demonstra que a intervenção precoce da Enfermagem previne complicações físicas e protege a saúde emocional da puérpera (FERNANDES; ROCHA, 2021).

No pós-parto imediato, a atuação da Enfermagem é decisiva no acompanhamento da recuperação da mulher e no estímulo ao vínculo mãe-bebê. É nesse momento que sintomas iniciais de depressão podem surgir. Conforme Almeida et al. (2023), a equipe de Enfermagem deve estar preparada para reconhecer mudanças de humor, choro frequente e sinais de desesperança, oferecendo acolhimento e suporte emocional imediato. Dessa forma, a assistência no puerpério ultrapassa os cuidados físicos e se amplia para a Esfera mental e afetiva (ALMEIDA et al., 2023).

Também é papel do enfermeiro fortalecer a rede de apoio social e familiar. Muitas vezes, a mulher encontra-se fragilizada pela sobrecarga materna e pela ausência de suporte conjugal. Em estudo qualitativo, Barros e Martins (2019) apontam que a intervenção do enfermeiro junto à família amplia a compreensão sobre a importância do suporte afetivo e divide responsabilidades no cuidado ao recém-nascido. Esse trabalho educativo com familiares e parceiros contribui para reduzir o risco de isolamento e favorece um ambiente mais saudável e para a puérpera (BARROS; MARTINS, 2019).

Outro ponto relevante é a intersectorialidade do cuidado. A Enfermagem não atua isoladamente, mas em diálogo com médicos, psicólogos e assistentes sociais, construindo planos de cuidado mais completos. Segundo Costa et al. (2020), a prática multiprofissional potencializa a resolutividade da assistência, pois permite que cada área atue em sua especificidade, sem perder de vista o objetivo comum de preservar a saúde materno-infantil. Isso reforça que a atuação do enfermeiro é também de articulação e integração de serviços (COSTA et al., 2020).

Por fim, é importante destacar a dimensão ética e humanizada desse cuidado. Transtornos mentais no ciclo gravídico-puerperal ainda carregam estigmas, e muitas mulheres evitam compartilhar seus sentimentos por medo de julgamento. Ferreira e Antunes (2021) defendem que a Enfermagem deve romper barreiras culturais e institucionais, criando espaços de escuta livre de preconceitos. Esse

posicionamento fortalece a autonomia feminina, legitima suas experiências e contribui para o enfrentamento dos tabus relacionado à saúde mental materna (ANTUNES, 2021).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo buscou analisar o impacto da saúde mental no ciclo gravídico-puerperal, com foco em fatores de risco, rede de apoio e no papel da Enfermagem. A partir da revisão integrativa realizada, foi possível identificar que os transtornos mentais nesse período são fenômenos multifatoriais, resultantes da interação de variáveis biológicas, psicológicas e sociais, exigindo uma abordagem integral e multiprofissional.

Os objetivos específicos foram contemplados ao se constatar que a presença e o envolvimento do parceiro exercem função protetora sobre a saúde mental da gestante e da puérpera, reduzindo sintomas ansiosos e depressivos e fortalecendo o vínculo mãe-bebê. Da mesma forma, verificou-se que o histórico familiar de transtornos mentais representa um importante marcador de vulnerabilidade, aumentando significativamente as chances de adoecimento psíquico após a gestação.

A idade materna demonstrou ser uma variável relevante, pois tanto as adolescentes quanto as mulheres em idade avançada apresentam maiores riscos de desenvolver transtornos psiquiátricos, enquanto a faixa etária de 20 a 34 anos, embora considerada ideal biologicamente, concentrou a maioria dos casos de depressão pós-parto analisados. Esse dado reforça que a idade deve ser analisada em conjunto com outros determinantes sociais e clínicos.

O papel da Enfermagem mostrou-se central em todas as etapas do cuidado, do pré-natal ao puerpério, abrangendo desde o rastreio precoce de sintomas depressivos até a orientação sobre aleitamento materno e fortalecimento da rede de apoio. O enfermeiro, por estar em contato direto e contínuo com as mulheres, assume papel estratégico na prevenção, identificação precoce e encaminhamento adequado, contribuindo para uma assistência integral, humanizada e resolutiva.

Por fim, a análise evidenciou que os principais fatores que influenciam a ocorrência de transtornos mentais em gestantes e puérperas incluem baixa renda, ausência de apoio social e familiar, complicações obstétricas, histórico psiquiátrico pessoal e familiar, violência doméstica e dificuldades no aleitamento. A interação entre esses elementos potencializa o risco de adoecimento psíquico, confirmando a necessidade de políticas públicas voltadas à saúde mental materna e de protocolos assistenciais mais consistentes nos serviços de saúde.

Conclui-se, portanto, que a atenção à saúde mental no ciclo gravídico-puerperal deve ser tratada como prioridade em saúde pública, demandando intervenções preventivas, apoio multiprofissional e fortalecimento das práticas de Enfermagem. Além disso, recomenda-se que futuras pesquisas explorem estratégias inovadoras de cuidado, bem como a efetividade de programas de rastreio e intervenção precoce, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida das mulheres, crianças e famílias.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, Thais Cristina.; RIBEIRO, João Paulo. A interação entre determinantes individuais e sociais no adoecimento psíquico materno. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, 2025.
- ALMEIDA, Tatiane Cristina; PEREIRA, Carla Fernandes. Reconhecimento de sintomas depressivos no pós-parto pela equipe de Enfermagem. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, 2023.
- ANDRADE, Laura Fernanda; MORAES, Juliana Cristina; LOPES, Bianca Teixeira. Condições socioeconômicas e saúde mental no ciclo gravídico-puerperal: revisão integrativa. *Revista de Saúde Coletiva*, São Paulo, 2024.
- BARROS, Paulo Roberto.; MARTINS, Elisabete Pereira. O papel do enfermeiro no fortalecimento da rede de apoio familiar no puerpério. *Revista Contexto & Saúde*, Ijuí, 2019.
- CARDOSO, Ana Luísa; MENDONÇA, Carolina Ribeiro; FONSECA, Luiz Henrique. Antecedentes psiquiátricos pessoais e risco de depressão pós-parto. *Revista de Enfermagem UFSM*, Santa Maria, 2020.
- CARVALHO, Maria Aparecida; ALVES, Renata Souza; NUNES, Patrícia Ferreira. Escuta qualificada e saúde mental de puérperas: contribuições da Enfermagem. *Escola Anna Nery*, Rio de Janeiro, 2021.
- COSTA, Ana Livia.; MENDES, Vanessa Silva. Violência de gênero e saúde mental no ciclo gravídico-puerperal. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2022.
- COSTA, Ribeiro Batista; SOUZA, Fernanda Helena; RIBEIRO, Danilo Henrique. O trabalho multiprofissional no cuidado materno-infantil. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, 2020.
- DIMENSTEIN, Magda; ALMEIDA, Camila Ramos; NASCIMENTO, Rodrigo de Souza. Saúde mental no ciclo gravídico-puerperal: desafios para a prática. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2020.
- FERNANDES, Patrícia Lima; ROCHA, Daniela Souza. Orientações de enfermagem no aleitamento materno e repercussões para a saúde mental. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, 2021.
- FERREIRA, Gabriela Helena; PEREIRA, Júlia Santos; OLIVEIRA, Luana Martins. Dificuldades no aleitamento e impacto na saúde emocional das puérperas. *Revista Norte de Enfermagem*, Belém, 2021.
- FERREIRA, Sandra Aparecida ANTUNES, Carla MARIA. Humanização da assistência em saúde mental materna. *Revista Mineira de Enfermagem*, Belo Horizonte, 2021.
- GOMES, ANA Carolina.; MOREIRA, Rodrigo Luiz. Acolhimento em Enfermagem e saúde mental no puerpério. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, 2018.
- LIMA, Fernanda Rodrigues; COSTA, Juliana Vieira. Rastreamento de depressão pós-parto na atenção básica: papel do enfermeiro. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, São Paulo, 2022.

LIMA, Patrícia Souza.; FERREIRA, Rodrigo Lopes. Gravidez em idade avançada e implicações para a saúde mental. Revista Paulista de Enfermagem, São Paulo, 2022.

LIMA, Viviane Andrade; SANTOS, Larissa Gomes; PEREIRA, Karine Lima. Complicações obstétricas e saúde mental de gestantes e puérperas. Revista de Saúde Pública, São Paulo, 2021.

NETTO, Ricardo Augusto; TEIXEIRA, Bárbara Mendes; SOUZA, Lilian Rodrigues. Idade materna e prevalência de depressão pós-parto. Revista Medicina (Ribeirão Preto), Ribeirão Preto, 2024.

NOGUEIRA, Denise Cristina; PEREIRA, Fernandes Martins. Rede de apoio social e saúde mental de puérperas. Revista Ciência & Cuidado em Saúde, Maringá, 2020.

OLIVEIRA, Juliana Ribeiro; CAMPOS, Tatiane Lima. Idade materna e saúde mental: análise crítica da literatura. Revista Saúde em Foco, Fortaleza, 2023.

OLIVEIRA, Mariana Alves CAMPOS, Júlia Cardoso. Histórico familiar de transtornos mentais e depressão pós-parto. Revista Eletrônica de Enfermagem, Goiânia, 2020.

RODRIGUES, Camila Souza; FERNANDES, Rafael Luiz; LIMA, Bianca Ferreira. Histórico familiar de transtornos mentais como fator de risco para DPP. Revista Brasileira de Psiquiatria, São Paulo, 2021.

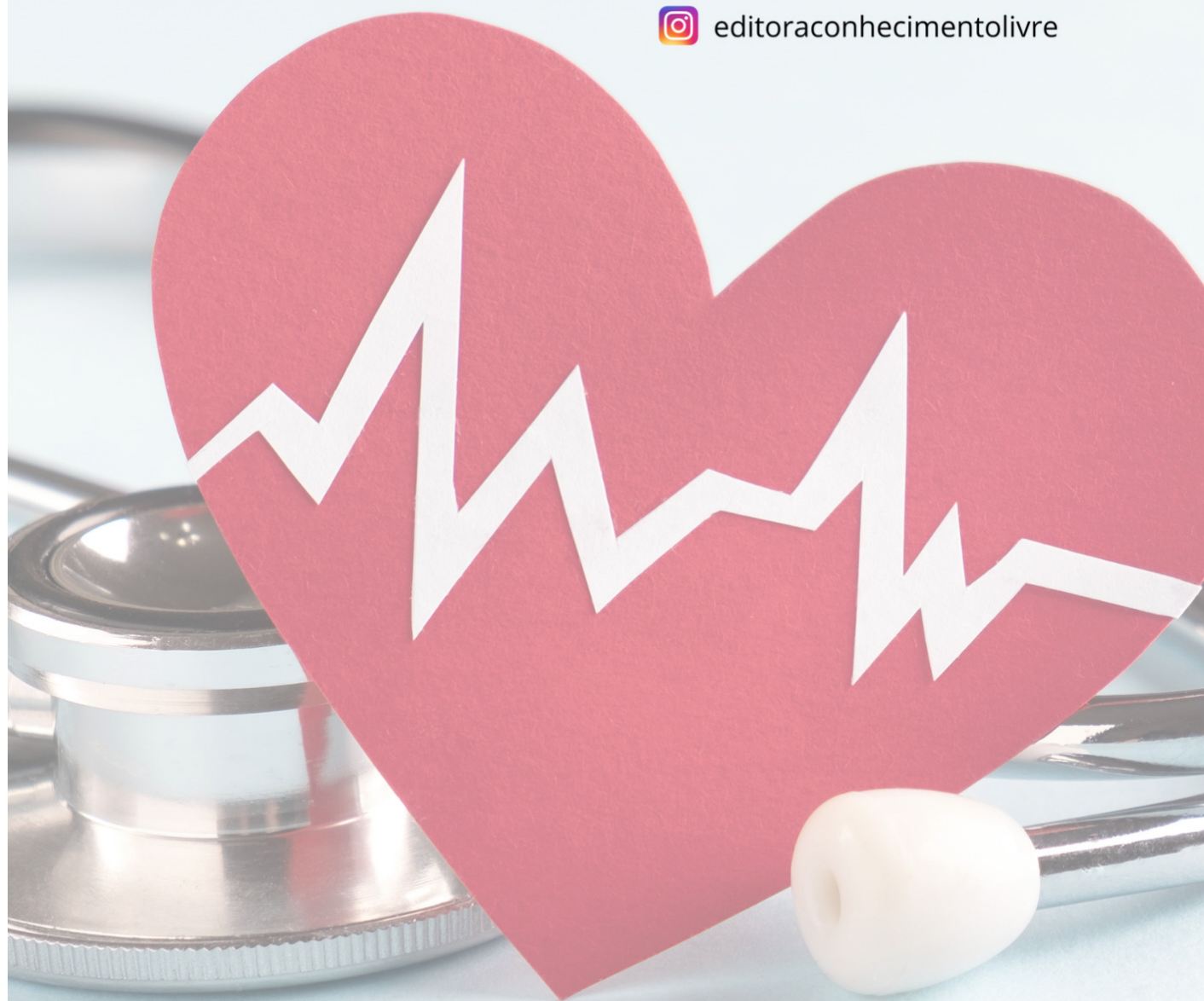
SANTOS, Ana Paula; OLIVEIRA, Débora Fernandes. Práticas de Enfermagem na prevenção da depressão pós-parto. Revista de Enfermagem da UFPE, Recife, 2020.

SANTOS, Júlia Fernanda; ALMEIDA, Ester Patrícia. Histórico familiar de transtornos mentais e cuidado de Enfermagem. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, 2023.

SILVA, Heloísa Andrade.; RODRIGUES, Fernanda Souza. Depressão pós-parto na adolescência: desafios da maternidade precoce. Revista Brasileira de Psicologia da Saúde, São Paulo, 2023.

SILVA, Vanessa Patrícia; FERREIRA, Tiago Gomes; MOURA, Laís Duarte. Histórico familiar de transtornos mentais e vulnerabilidade psicológica. Revista de Saúde Mental, Curitiba, 2022.

 conhecimentolivre.org/home
 contato@conhecimentolivre.org
 [editoraconhecimentolivre](https://www.instagram.com/editoraconhecimentolivre)



CIÊNCIAS DA SAÚDE: ESTUDOS PARA MANUTENÇÃO E MELHORIA DA VIDA

VOLUME XX