

Aurum
EDITORA

**REABILITAÇÃO E
INTEGRALIDADE COMO
“NOVO” PARADIGMA DA
ASSISTÊNCIA MÉDICA**

LÍDIA ACYOLE DE SOUZA
SAMANTA GARCIA DE SOUZA

Aurum
EDITORA

**REABILITAÇÃO E
INTEGRALIDADE COMO
“NOVO” PARADIGMA DA
ASSISTÊNCIA MÉDICA**

LÍDIA ACYOLE DE SOUZA
SAMANTA GARCIA DE SOUZA

AURUM EDITORA LTDA - 2025
Curitiba – Paraná - Brasil

EDITOR CHEFE

Lucas Gabriel Vieira Ewers

ORGANIZADORAS DO LIVRO

Lídia Acyole de Souza
Samanta Garcia de Souza

EDIÇÃO DE TEXTO

Stefanie Vitoria Garcia de Bastos

EDIÇÃO DE ARTE

Aurum Editora Ltda

IMAGENS DA CAPA

Freepik, Canva.

BIBLIOTECÁRIA

Aline Grazielle Benitez

ÁREA DE CONHECIMENTO

Ciências da Saúde

Copyright © Aurum Editora Ltda

Texto Copyright © 2025 Os Autores

Edição Copyright © 2025 Aurum Editora
Ltda



Este trabalho está licenciado sob uma
licença Creative Commons Attribution-
NonCommercial-NoDerivatives
4.0 International License.

A responsabilidade pelo conteúdo, precisão e veracidade dos dados apresentados neste texto é inteiramente do autor, não refletindo necessariamente a posição oficial da Editora. O trabalho pode ser baixado e compartilhado, desde que o crédito seja dado ao autor, mas não é permitida a modificação do conteúdo de qualquer forma ou seu uso para fins comerciais.

A Aurum Editora se compromete a manter a integridade editorial em todas as fases do processo de publicação, prevenindo plágio, dados ou resultados fraudulentos, e assegurando que interesses financeiros não afetem os padrões éticos da publicação. Qualquer suspeita de má conduta científica será verificada com atenção aos princípios éticos e acadêmicos. Todos os manuscritos passaram por uma avaliação duplo-cega, realizada pelos membros do Conselho Editorial, e foram aprovados para publicação com base em critérios de imparcialidade e objetividade acadêmica.

CORPO EDITORIAL

Adicélia Rodrigues Souza - Graduada em Letras pela Universidade Federal de Minas Gerais

Adriano Rosa da Silva - Mestre em História Social pela Universidade Federal Fluminense

Alessandro Sathler Leal da Silva - Doutor em Educação pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Alex Lourenço dos Santos - Doutorando em Geografia pela Universidade Federal de Catalão

Amanda Pereira Moreira - Mestra em Letras pela Universidade Federal de Lavras

Antonio Ismael Lopes de Sousa - Doutorando em Linguística e Literatura pela Universidade Federal do Norte do Tocantins

Ayla de Jesus Moura - Mestra em Educação Física pela Universidade Federal do Vale do São Francisco

Bárbara Silvestre da Silva Pereira - Doutoranda em Enfermagem e Biociências pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Bianca Martins Knap - Mestranda em Direito Econômico e Desenvolvimento pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná

Camila Aparecida da Silva Albach - Doutoranda em Ciências Sociais Aplicadas pela Universidade Estadual de Ponta Grossa

Carina Mandler Schmidmeier - Mestranda em Direito pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná

Carolline Nunes Lopes - Mestra em Psicologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro

Damião Evangelista Rocha - Doutorando em Saúde e Desenvolvimento Humano pela Universidade La Salle - Canoas

Daniel da Rocha Silva - Mestre em Letras pela Universidade Federal de Sergipe

Daniel Rodrigues de Lima - Mestre em História pela Universidade Federal do Amazonas.

Diego Pinto de Oliveira - Mestre em Ciências Farmacêuticas pela Universidade Federal de Alfenas

Elberto Teles Ribeiro - Mestrando em Geografia pela Universidade Federal da Grande Dourados

Equiton Lorengian Grégio - Mestrando em Ciência e Tecnologia Ambiental pela Universidade Federal da Fronteira Sul

Evaldo Batista Mariano Júnior - Doutorando em Educação pela Universidade de Uberaba

Fabio José Antonio da Silva - Doutor em Educação Física pela Universidade Estadual de Londrina.

Fabricio do Nascimento Moreira - Doutorando em Administração pela Universidade Federal do Rio de Janeiro



Felipe Antônio da Silva - Graduado em Direito pelo Centro Universitário Unihorizontes

Flávia Maria Silva Brito - Doutora em Recursos Florestais pela Escola Superior de Agricultura Luiz de Queiroz

Flávio Roberto Chaddad - Mestre em Educação Escolar pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho

Francisco Samuel Laurindo de Lima - Graduado em Licenciatura em Pedagogia pela Universidade Estadual do Ceará

Francisco Welton Machado - Editor Independente - Graduado em Geografia pela Universidade Estadual do Piauí

Gabriella de Moraes - Doutora em Direito pela Universidade Federal de Minas Gerais

Gleyson Martins Magalhães Reymão - Mestre Profissional em Propriedade Intelectual e Transferência de Tecnologia para a Inovação pelo Instituto Federal do Pará

Glicerinaldo de Sousa Gomes - Doutorando em Educação pela Universidade Federal da Paraíba

Gustavo Boni Minetto - Mestrando em Educação, Linguagens e Tecnologia pela Universidade Estadual de Goiás

Gutemberg Rapôso da Silva Ferreira - Mestre em Linguística pela Universidade Federal do Tocantins de Porto Nacional

João Vitor Silva Almeida - Graduado em Gestão de Cooperativas pela Universidade Federal do Tocantins

José Bruno Martins Leão - Doutor em Sistema Constitucional de Garantia de Direitos pela Instituição Toledo de Ensino

José Carlos dos Santos Silva - Mestrando em Educação Física pela Universidade Federal do Vale do São Francisco

José Cláudio da Silva Júnior - Mestrando em Ciências da Saúde pela Universidade de Pernambuco

José Leonardo Diniz de Melo Santos - Mestre em Educação, Culturas e Identidades pela Universidade Federal Rural de Pernambuco

José Marciel Araújo Porcino - Graduado em Pedagogia pela Universidade Federal da Paraíba, UFPB, Brasil.

José Neto de Oliveira Felipe - Doutorando em Ensino de Ciências e Matemática pela Universidade de Passo Fundo.

José Ronaldo de Freitas Machado - Mestre em Educação pela Universidade de Uberaba

Karyne Oliveira Coelho - Doutora em Ciência Animal pela Universidade Federal de Goiás



Lidiana da Cruz Pereira - Doutora em Doutorado em Educação pela Universidade do Vale do Itajaí

Lidiane Álvares Mendes - Doutoranda em Estudos de Cultura Contemporânea pela Universidade Federal de Mato Grosso

Luan Brenner da Costa - Editor Independente - Graduado em Enfermagem pela Fundação Herminio Ometto

Lucas Matheus Araujo Bicalho - Mestrando em Historia pela Universidade Estadual de Montes Claros, UNIMONTES, Brasil.

Luciano Victor da Silva Santos - Mestrando em Hotelaria e Turismo pela Universidade Federal de Pernambuco, UFPE, Brasil.

Luzia Eleonora Rohr Balaj - Doutoranda em Música pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Magno Fernando Almeida Nazaré - Mestre em Educação Profissional e Tecnológica pelo Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Maranhão

Maiara Martins Doná - Mestra em Educação pela Universidade de Sorocaba

Maickon Willian de Freitas - Mestre em Ciências Biológicas pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho

Maikon Luiz Mirkoski - Mestre Profissional em Matemática em Rede Nacional pela Universidade Estadual de Ponta Grossa

Mailson Moreira dos Santos Gama - Doutorando em História pela Universidade Federal de Minas Gerais

Marcela da Silva Melo - Mestre em Avaliação de Políticas Públicas pela Universidade Federal do Ceará

Marcelo Bustamante Chilingue - Doutorando em Informática na Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Marcelo Carvalho da Conceição - Doutor em Biologia Estrutural e Funcional pela Universidade Federal de São Paulo

Marcos Scarpioni - Doutorando em Ciência da Religião pela Universidade Federal de Juiz de Fora

Maria da Luz Olegário - Doutora em Doutorado em Educação pela Universidade Federal da Paraíba

Maria Nazaré Lopes Baracho - Doutoranda em Odontologia pela Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri - Campus JK

Marilha da Silva Bastos - Mestranda em Educação Brasileira pela Universidade Federal do Ceará

Mario Marcos Lopes - Doutorando em Educação pela Universidade Federal de São Carlos



Marlon Messias Santana Cruz - Doutor em Memória: Linguagem e Sociedade pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

Michael Douglas Alves dos Santos - Mestrando em Educação, Cultura e Territórios Semiáridos pela Universidade do Estado da Bahia

Mirna Liz da Cruz - Editora Independente - Graduada em Odontologia pela Universidade Federal de Goiás

Natan Gomes dos Santos - Graduado em Biomedicina pela Faculdade Madre Thais

Newton Ataíde Meira - Mestrando em Desenvolvimento Social pela Universidade Estadual de Montes Claros

Plínio da Silva Andrade - Mestrando em Ciências da Educação pela Universidade Leonardo Da Vinci

Priscila da Silva de Souza Bertotti - Editora Independente - Graduada em Biomedicina pelo Centro Universitário UniOpet

Rafael José Kraisch - Doutorando em Neurociências pela Universidade Federal de Santa Catarina

Ryan Dutra Rodrigues - Editor Independente - Graduado em Psicologia pelo Centro Universitário das Faculdades Metropolitanas Unidas

Sebastião Lacerda de Lima Filho - Doutorando em Medicina Translacional pela Universidade Federal do Ceará

Silvana Maria Aparecida Viana Santos - Mestra em Tecnologias Emergentes em Educação pela MUST University

Silvio de Almeida Junior - Doutor em Promoção de Saúde pela Universidade de Franca

Stefany Reis Marquioli - Mestra em História Social pela Universidade Estadual de Montes Claros

Suely Maria da Silva - Mestra em Gestão Pública Para o Desenvolvimento do Nordeste pela Universidade Federal de Pernambuco

Swelen Freitas Gabarron Peralta - Doutoranda em Educação pela Universidade Tuiuti do Paraná

Talita Benedcta Santos Künast - Doutoranda em Biodiversidade e Biotecnologia pela Universidade Federal de Mato Grosso

Tályta Carine da Silva Saraiva - Mestra em Agronomia pela Universidade Federal do Piauí

Thiago Giordano de Souza Siqueira - Doutor em Ciência da Informação pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho

Thiago Silva Prado - Doutor em Educação pela Universidade Estadual de Maringá

Vinicius Valim Pereira - Doutor em Zootecnia pela Universidade Estadual de Maringá, UEM, Brasil.



Wilson Moura - Doutor em Psicologia pela Christian Business School

Yohans de Oliveira Esteves - Doutor em Psicologia pela Universidade Salgado de Oliveira



Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Souza, Lídia Acyole de
Reabilitação e integralidade como "novo"
paradigma da assistência médica [livro eletrônico] /
Lídia Acyole de Souza, Samanta Garcia de Souza. --
Curitiba, PR : Aurum Editora, 2026.

PDF

Bibliografia.

ISBN 978-65-83849-93-9

1. Assistência médica 2. Doenças crônicas
3. Humanização dos serviços de saúde 4. Medicina
e saúde 5. Promoção da saúde I. Souza, Samanta
Garcia de. II. Título.

26-359040.0

CDD-362.19892

Índices para catálogo sistemático:

1. Humanização dos serviços de saúde : Bem-estar social 362.19892

Aline Grazielle Benitez - Bibliotecária - CRB-1/3129

DOI: 10.63330/livroautoral502026-

Aurum Editora Ltda
CNPJ: 589029480001-12
contato@aurumeditora.com
(41) 98792-9544
Curitiba - Paraná



ORGANIZADORAS

Lídia Acyole de Souza

Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Goiás (2022), Mestra em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Goiás (2016) e graduanda em Medicina pelo Centro Universitário Alfredo Nasser (2026). Possui formação em Educação Física e atuação nas áreas de Saúde Coletiva, Epidemiologia e Comportamentos em Saúde.

Samanta Garcia de Souza

Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Goiás (2020), mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Goiás (2010) e graduada em Educação Física pela Universidade Estadual de Goiás (2002). Atualmente, é professora adjunta da Universidade Estadual de Goiás, vinculada à Unidade Universitária de Educação Física e Esporte (UnU/ESEFFEGO), com atuação nas áreas de saúde, atividade física, educação superior e promoção da saúde.



AUTORES

Aline Almeida da Silva
Ana Beatriz Cordeiro Barros
Ana Paula Chaves e Pádua
Ana Vitória Mascarenhas Sganzerla
Ângela Aparecida Silveira
Bruno Silveira Leão
Caio Castanheira Melo Ribeiro
Cecília Cognetti Freitas
Cristiana Daniela de Souza
Elisângelo Aparecido Costa da Silva
Emanuel Braga Barbosa
Guilherme da Mata e Castro
Isabela Felipe Ribeiro
Isabelle Arruda Leão Oliveira
João Vitor Campelo Cruz
Kamila Cristina Rodrigues Pelegrino
Kamylla Franco Peres
Laila Silva Teixeira Azeredo Bastos
Lídia Acyole de Souza
Livia Limeira Ribeiro Camargo
Lucas Alves Fernandes Laurindo
Lucas de Souza Moreira Santos
Maria Júlia Franco de Lima Guimarães
Mariana Moreira de Oliveira
Mariana Quirino Campos Araújo
Nathalia Duarte Costa
Nicole Segnor Sauer
Paula Nayara Jesus Freitas
Paulo Vieira da Costa Júnior
Ramon Giroto
Raul Vitor Silva
Renata da Silva Sodr e
Ronan Santiago Campos Luíz
Talysson Almeida Rodrigues
Taynara Tenório Bezerra
Victor Hugo Barbosa Roriz
Victoria Dias Carneiro de Abreu
Victória Martins Fonseca Barbosa
Vinícius Soares Mendes Rodrigues
Vitor de Franco Gomes Filgueira



PREFÁCIO

A medicina contemporânea atravessa um momento de profunda redefinição. Se por décadas o sucesso terapêutico foi medido estritamente pela resolução da fase aguda da doença, o cenário epidemiológico atual — marcado pelo envelhecimento populacional e pela prevalência de condições crônicas — exige que desloquemos o olhar do órgão enfermo para a funcionalidade do indivíduo. É neste contexto de transição que nasce Reabilitação e Integralidade como Novo Paradigma da Assistência Médica, uma obra que se propõe a ser mais do que um manual técnico, mas um guia para a reconstrução do pensamento clínico no Brasil.

O princípio da integralidade, pilar do Sistema Único de Saúde, é frequentemente citado em fóruns acadêmicos, mas sua aplicação prática ainda esbarra na fragmentação do cuidado. Este livro surge para preencher essa lacuna, apresentando a reabilitação não como uma etapa final ou acessória, mas como um eixo estruturante que deve permear toda a trajetória do paciente, desde a atenção primária até os níveis de maior complexidade. Ao longo destas páginas, o leitor encontrará uma articulação coesa entre a gestão pública, a clínica médica e as bases científicas da recuperação funcional.

A estrutura desta obra foi cuidadosamente planejada para oferecer um percurso lógico e integrado. Iniciamos com os fundamentos teóricos e legais do cuidado integral, avançamos pelas estratégias de prevenção e manejo de doenças crônicas e culminamos nos fundamentos médicos da reabilitação física, do manejo da dor e da otimização do desempenho humano. Cada capítulo foi desenhado para dialogar com o anterior, reforçando a tese de que a medicina do século XXI deve ser, por definição, uma medicina da funcionalidade e da autonomia.

Diferente de coletâneas que reúnem artigos isolados, este livro apresenta uma unidade de pensamento. Ele convoca médicos, residentes e estudantes a assumirem o protagonismo na prescrição e coordenação do cuidado reabilitador, integrando saberes multidisciplinares sob uma liderança clínica humanizada e baseada em evidências. Ao final desta leitura, espera-se que o profissional de saúde não apenas compreenda a importância da reabilitação, mas que a incorpore como um valor inegociável em sua prática diária.

Este é, portanto, um convite à mudança de paradigma. Que estas páginas sirvam de inspiração para que possamos oferecer aos nossos pacientes não apenas a cura de suas patologias, mas a restauração de suas vidas em toda a sua plenitude e dignidade.

Os Autores




SUMÁRIO

PREFÁCIO.....8

CAPÍTULO 1 - PRINCÍPIOS DO CUIDADO INTEGRAL EM SAÚDE NO CONTEXTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)


Ana Vitória Mascarenhas Sganzerla, Aline Almeida da Silva, Ana Paula Chaves e Pádua, Caio Castanheira Melo Ribeiro, Cecília Cognetti Freitas, Nicole Segnor Sauer, Vitor de Franco Gomes Filgueira, Isabelle Arruda Leão Oliveira e Lídia Acyole de Souza.

 <https://doi.org/10.63330/livroautoral502026-001>

.....14-23

CAPÍTULO 2 - DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS E TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA: DETERMINANTES, IMPACTOS E DESAFIOS PARA OS SISTEMAS DE SAÚDE CONTEMPORÂNEOS


Isabelle Arruda Leão Oliveira, Vitor de Franco Gomes Filgueira, Ângela Aparecida Silveira, Cristiana Daniela de Souza, Isabela Felipe Ribeiro, Elisângelo Aparecido Costa da Silva, Renata da Silva Sodr , Bruno Silveira Leão e Lídia Acyole de Souza.

 <https://doi.org/10.63330/livroautoral502026-002>

.....24-32

CAPÍTULO 3 - HIPERTENSÃO ARTERIAL: ABORDAGEM CLÍNICA E ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS


Lucas de Souza Moreira Santos, Victoria Dias Carneiro de Abreu, Laila Silva Teixeira Azeredo Bastos, Lucas Alves Fernandes Laurindo, Bruno Silveira Leão, Maria Júlia Franco de Lima Guimarães, Nathalia Duarte Costa e Lídia Acyole de Souza.

 <https://doi.org/10.63330/livroautoral502026-003>

.....34-42

CAPÍTULO 4 - DIABETES MELLITUS NO IDOSO: ABORDAGEM AMPLIADA E PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES


Guilherme da Mata e Castro, Vinicius Soares Mendes Rodrigues, Lucas Alves Fernandes Laurindo, Mariana Quirino Campos Araújo, Ângela Aparecida Silveira, Ana Beatriz Cordeiro Barros, Paulo Vieira da Costa Júnior, Maria Júlia Franco de Lima Guimarães e Lídia Acyole de Souza.

 <https://doi.org/10.63330/livroautoral502026-004>

.....43-51

CAPÍTULO 5 - A EPIDEMIA DA OBESIDADE NO SÉCULO XXI: FISIOPATOLOGIA, DESAFIOS CLÍNICOS E NOVAS FRONTEIRAS TERAPÊUTICAS


Vitor de Franco Gomes Filgueira, Nicole Segnor Sauer, Isabelle Arruda Leão Oliveira, Lucas de Souza Moreira Santos, Maria Júlia Franco de Lima Guimarães, Mariana Quirino Campos Araújo, Vinicius Soares Mendes Rodrigues, Ronan Santiago Campos Luíz e Lídia Acyole de Souza.

 <https://doi.org/10.63330/livroautoral502026-005>

.....52-62

CAPÍTULO 6 - SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: DESAFIOS, PRÁTICAS E O FORTALECIMENTO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Livia Limeira Ribeiro Camargo, Lucas Alves Fernandes Laurindo, Kamylla Franco Peres, Raul Vitor Silva, Ana Paula Chaves e Pádua, Lucas de Souza Moreira Santos, Ângela Aparecida Silveira, Cristiana Daniela de Souza e Lídia Acyole de Souza.


 <https://doi.org/10.63330/livroautoral502026-006>

.....63-74



CAPÍTULO 7 - TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA E AS FRAGILIDADES DA REDE DE CUIDADO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: ENTRE A GARANTIA NORMATIVA E OS DESAFIOS DA INTEGRALIDADE


Talysson Almeida Rodrigues, Emanuel Braga Barbosa, Victória Martins Fonseca Barbosa e Taynara Tenório Bezerra.

 <https://doi.org/10.63330/livroautoral502026-007>

.....75-83

CAPÍTULO 8 - VULNERABILIDADE SOCIAL E DESIGUALDADES NO CUIDADO EM SAÚDE


Isabela Felipe Ribeiro, Kamylla Franco Peres, Mariana Moreira de Oliveira, Isabelle Arruda Leão Oliveira, Nicole Segnor Sauer, Vitor de Franco Gomes Filgueira, Maria Júlia Franco de Lima Guimarães, Ana Beatriz Cordeiro Barros e Lídia Acyole de Souza.

 <https://doi.org/10.63330/livroautoral502026-008>

.....84-93

CAPÍTULO 9 - O PAPEL DO CUIDADOR E A DINÂMICA DO CUIDADO NO CONTEXTO DA SAÚDE INTEGRAL


Caio Castanheira Melo Ribeiro, Bruno Silveira Leão, Ana Paula Chaves e Pádua, Ângela Aparecida Silveira, Nathalia Duarte Costa, Paula Nayara Jesus Freitas, Guilherme da Mata e Castro, Kamylla Franco Peres e Lídia Acyole de Souza.

 <https://doi.org/10.63330/livroautoral502026-009>

.....94-106

CAPÍTULO 10 - REABILITAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E ESTRATÉGIAS MULTIPROFISSIONAIS NO CONTEXTO DAS EMULTI


Ana Beatriz Cordeiro Barros, Aline Almeida da Silva, Laila Silva Teixeira Azeredo Bastos, Victoria Dias Carneiro de Abreu, Renata da Silva Sodrê, Cecília Cognetti Freitas, Paula Nayara Jesus Freitas, Ana Paula Chaves e Pádua e Lídia Acyole de Souza.

 <https://doi.org/10.63330/livroautoral502026-010>

.....108-118

CAPÍTULO 11 - FUNDAMENTOS DA REABILITAÇÃO FÍSICA NA PERSPECTIVA DA MEDICINA


Vinicius Soares Mendes Rodrigues, Nicole Segnor Sauer, Caio Castanheira Melo Ribeiro, Guilherme da Mata e Castro, Paulo Vieira da Costa Júnior, Renata da Silva Sodrê, Laila Silva Teixeira Azeredo Bastos, Victoria Dias Carneiro de Abreu e Lídia Acyole de Souza.

 <https://doi.org/10.63330/livroautoral502026-011>

.....119-129

CAPÍTULO 12 - DOR CRÔNICA E REABILITAÇÃO: BASES NEUROBIOLÓGICAS, AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL E MANEJO MÉDICO DA FUNCIONALIDADE


Ramon Giroto, Paulo Vieira da Costa Júnior, Paula Nayara Jesus Freitas, Aline Almeida da Silva, Lucas Alves Fernandes Laurindo, Renata da Silva Sodrê, Mariana Moreira de Oliveira, Kamila Cristina Rodrigues Pelegrino e Lídia Acyole de Souza.

 <https://doi.org/10.63330/livroautoral502026-012>

.....130-139

CAPÍTULO 13 - DESEMPENHO FÍSICO E SAÚDE: FUNDAMENTOS MÉDICOS DA PRESCRIÇÃO DO EXERCÍCIO DO PACIENTE AO ATLETA

Ramon Giroto, Lucas de Souza Moreira Santos, Renata da Silva Sodrê, Ronan Santiago Campos Luíz, João Vitor Campelo Cruz, Victor Hugo Barbosa Roriz, Bruno Silveira Leão e Lídia Acyole de Souza.

 <https://doi.org/10.63330/livroautoral502026-013>

.....140-149

POSFÁCIO.....150




**PARTE I - FUNDAMENTOS E
POLÍTICAS DO CUIDADO
INTEGRAL**

CAPÍTULO 1

PRINCÍPIOS DO CUIDADO INTEGRAL EM SAÚDE NO CONTEXTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

PRINCIPLES OF COMPREHENSIVE HEALTH CARE WITHIN THE CONTEXT OF THE UNIFIED HEALTH SYSTEM (SUS)

 <https://doi.org/10.63330/livroautoral502026-001>

Ana Vitória Mascarenhas Sganzerla

Acadêmica de Medicina
Centro Universitário de Goiatuba (Unicerrado)
E-mail: anavitoriams12@yahoo.com.br

Aline Almeida da Silva

Acadêmica de Medicina
Centro Universitário Alfredo Nasser (UNIFAN)
E-mail: alinealmeidasilva1@outlook.com

Ana Paula Chaves e Pádua

Acadêmica de Medicina
Centro Universitário Alfredo Nasser (UNIFAN)
E-mail: anappadua@gmail.com.

Caio Castanheira Melo Ribeiro

Acadêmico de Medicina
Centro Universitário de Goiatuba (Unicerrado)
E-mail: castanheiracaio9@gmail.com

Cecília Cognetti Freitas

Acadêmica de Medicina
Universidade de Franca (UNIFRAN)
E-mail: ceciliafreitas2018@hotmail.com

Nicole Segnor Sauer

Acadêmica de Medicina
Centro Universitário Alfredo Nasser (UNIFAN)
E-mail: nicole.segnor.sauer@gmail.com.

Vitor de Franco Gomes Filgueira

Acadêmico de Medicina
Centro Universitário de Goiatuba (Unicerrado)
E-mail: vitordf97@gmail.com.

Isabelle Arruda Leão Oliveira

Acadêmica de Medicina
Centro Universitário de Goiatuba (Unicerrado)
E-mail: isabellearrudaleao@gmail.com.

RESUMO

A integralidade do cuidado em saúde constitui um dos princípios doutrinários fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS), orientando a organização das práticas assistenciais e das políticas públicas no Brasil. Este capítulo tem como objetivo discutir a construção histórica do conceito de integralidade, seu arcabouço legal e as principais estratégias para sua operacionalização. Trata-se de um estudo teórico-reflexivo fundamentado em documentos oficiais do Ministério da Saúde e literatura científica nacional. Evidencia-se que a integralidade emerge no contexto da Reforma Sanitária Brasileira como resposta à fragmentação do modelo biomédico, sendo posteriormente consolidada em dispositivos constitucionais, leis orgânicas e políticas públicas estruturantes do SUS. Conclui-se que a efetivação da integralidade depende da articulação entre níveis de atenção, da centralidade nas necessidades de saúde e do fortalecimento da Atenção Primária.

Palavras-chave: Integralidade em saúde; Sistema Único de Saúde; Legislação em saúde; Atenção Primária; Saúde coletiva.

ABSTRACT

Comprehensive health care is one of the fundamental principles of the Unified Health System (SUS), guiding the organization of health care practices and public policies in Brazil. This chapter aims to discuss the historical development of the concept of comprehensiveness, its legal framework, and the main strategies for its implementation. This is a theoretical-reflective study based on official documents from the Ministry of Health and national scientific literature. It is evident that comprehensiveness emerged in the context of the Brazilian Health Reform as a response to the fragmentation of the biomedical model, and was subsequently consolidated in constitutional provisions, organic laws, and public policies structuring the SUS. It is concluded that the effective implementation of comprehensiveness depends on coordination among levels of care, a focus on health needs, and the strengthening of Primary Care.

Keywords: Comprehensive healthcare; Unified Health System; Health legislation; Primary care; Public health.

1 CONSTRUÇÃO HISTÓRICA DA INTEGRALIDADE EM SAÚDE NO BRASIL

A compreensão da integralidade do cuidado em saúde no Brasil exige sua análise no contexto histórico de transformação do modelo assistencial, especialmente a partir das críticas estruturadas ao

sistema médico-previdenciário vigente até meados do século XX. Esse modelo, centrado na assistência curativa, hospitalar e segmentada, era caracterizado pela exclusão de amplos contingentes populacionais e pela fragmentação das ações em saúde, uma vez que o acesso estava condicionado à inserção no mercado formal de trabalho (PAIM, 2008).

Nesse cenário, ao longo das décadas de 1970 e 1980, consolida-se no país um movimento político, social e intelectual no campo da saúde coletiva que passa a questionar as bases desse modelo. Tal movimento, posteriormente denominado Reforma Sanitária Brasileira, fundamenta-se em referenciais teóricos críticos que compreendem a saúde como fenômeno socialmente determinado, resultante das condições de vida, trabalho e organização da sociedade. Essa mudança de paradigma rompe com a concepção biologicista e introduz a necessidade de abordagens mais abrangentes, capazes de responder à complexidade do processo saúde-doença (DONNANGELO, 1975).

A produção acadêmica desse período desempenha papel central na formulação dessas críticas e proposições. A obra de Arouca contribui de forma decisiva ao problematizar o modelo preventivista e evidenciar suas limitações frente às necessidades reais da população, apontando para a necessidade de transformação estrutural do sistema de saúde (AROUCA, 1975). De maneira convergente, Donnangelo analisa a medicina como prática social, inserida em um contexto histórico e econômico específico, reforçando a compreensão de que o cuidado em saúde não pode ser dissociado das relações sociais mais amplas (DONNANGELO, 1975).

Esse processo de reformulação conceitual não se restringe ao contexto nacional, sendo influenciado por importantes marcos internacionais que ampliaram o entendimento da saúde. A Constituição da Organização Mundial da Saúde, de 1946, estabelece uma definição ampliada de saúde como estado de completo bem-estar físico, mental e social (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1946). Posteriormente, a Declaração de Alma-Ata, de 1978, reafirma a saúde como direito humano fundamental e propõe a Atenção Primária à Saúde como estratégia central para a organização de sistemas de saúde baseados na universalidade, acessibilidade e integração das ações (WORLD HEALTH ORGANIZATION; UNICEF, 1978). A Carta de Ottawa, de 1986, por sua vez, reforça a importância da promoção da saúde e da atuação sobre os determinantes sociais, ampliando ainda mais o escopo das práticas em saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1986).

No Brasil, essas influências convergem com o processo político de redemocratização e culminam na realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, marco fundamental na consolidação das bases conceituais do Sistema Único de Saúde. O relatório final da conferência explicita a necessidade de integração das ações de saúde, articulando promoção, prevenção e assistência, o que posteriormente se consolidaria como o princípio da integralidade (BRASIL, 1986).

A crítica ao modelo fragmentado é aprofundada por Gonçalves, ao analisar o processo de trabalho em saúde e evidenciar a necessidade de reorganização das práticas a partir das necessidades dos usuários, compreendendo o cuidado como produção social (GONÇALVES, 1994). Nessa mesma perspectiva, Mattos define a integralidade como um valor orientador das práticas em saúde, associado à recusa de reducionismos e à construção de respostas mais abrangentes às necessidades dos sujeitos (MATTOS, 2001). Complementarmente, Merhy enfatiza que a integralidade se concretiza no cotidiano dos serviços, sendo produzida no encontro entre trabalhador e usuário, a partir do “trabalho vivo em ato” (MERHY, 2002).

Dessa forma, a integralidade configura-se como uma construção histórica, teórica e política, resultante da convergência entre críticas ao modelo assistencial hegemônico, produção acadêmica no campo da saúde coletiva e marcos institucionais nacionais e internacionais que redefiniram o entendimento da saúde como direito social e orientaram a organização de sistemas de saúde mais integrados, universais e equânimes.

2 BASES LEGAIS DA INTEGRALIDADE NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A integralidade do cuidado em saúde encontra respaldo em um conjunto robusto de dispositivos legais que estruturam o Sistema Único de Saúde (SUS), configurando-se como princípio transversal que orienta tanto a organização do sistema quanto a prática assistencial. A Constituição Federal de 1988 estabelece, em seu artigo 196, que a saúde é direito de todos e dever do Estado, sendo garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988). Ademais, o artigo 198 explicita a diretriz do “atendimento integral”, conferindo base constitucional direta ao princípio da integralidade, ainda que este seja posteriormente detalhado na legislação infraconstitucional.

A regulamentação mais direta da integralidade ocorre com a Lei nº 8.080, de 1990, que define o SUS e estabelece, em seu artigo 7º, a integralidade como um dos princípios doutrinários do sistema. A lei a define como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, em todos os níveis de complexidade (BRASIL, 1990). Além disso, o artigo 6º amplia essa compreensão ao incluir ações de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, saúde do trabalhador e assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica, demonstrando que a integralidade envolve múltiplas dimensões do cuidado.

A Lei nº 8.142/1990, ao dispor sobre a participação da comunidade e o financiamento do SUS, contribui indiretamente para a integralidade ao garantir o controle social por meio de conselhos e conferências de saúde. Essa participação permite que as políticas públicas sejam orientadas pelas necessidades reais da população, elemento essencial para a construção de práticas integrais (BRASIL, 1990).

No campo normativo infralegal, diversas portarias e políticas do Ministério da Saúde detalham a operacionalização da integralidade. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), instituída pela Portaria nº 2.436/2017, estabelece a Atenção Primária à Saúde como coordenadora do cuidado e ordenadora das redes de atenção, sendo responsável pela integração das ações e pela garantia da continuidade assistencial (BRASIL, 2017). A Política Nacional de Humanização (PNH), instituída em 2003, introduz dispositivos como acolhimento, escuta qualificada, clínica ampliada e projeto terapêutico singular, que materializam a integralidade no encontro entre profissional e usuário (BRASIL, 2013).

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), revisada pela Portaria nº 2.446/2014, amplia a integralidade ao enfatizar a atuação sobre os determinantes sociais da saúde e a articulação intersetorial, reconhecendo que a produção da saúde extrapola o setor sanitário (BRASIL, 2014). Além disso, políticas específicas como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e a Política Nacional de Saúde Mental incorporam a integralidade ao propor linhas de cuidado contínuas e centradas nas necessidades dos usuários.

Destaca-se ainda a Portaria nº 4.279/2010, que estabelece as diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS). Essa normativa define as redes como arranjos organizativos que integram ações e serviços de diferentes densidades tecnológicas, com o objetivo de garantir a integralidade do cuidado por meio da coordenação assistencial e da continuidade da atenção (BRASIL, 2010). Nesse modelo, a Atenção Primária desempenha papel central na ordenação do fluxo dos usuários e na articulação entre os pontos de atenção.

Na prática, a integralidade se concretiza por meio de diferentes dispositivos organizacionais e assistenciais. Entre eles, destaca-se a longitudinalidade do cuidado, característica da Atenção Primária que garante o acompanhamento contínuo dos usuários ao longo do tempo; a coordenação do cuidado, que assegura a integração entre os diferentes níveis de atenção; e a abordagem centrada nas necessidades de saúde, que orienta a construção de planos terapêuticos individualizados. A utilização de instrumentos como o Projeto Terapêutico Singular (PTS), o matriciamento em saúde e o trabalho em equipe multiprofissional são estratégias fundamentais para a efetivação da integralidade no cotidiano dos serviços (MERHY, 2002; MATTOS, 2001).

Além disso, a integralidade se expressa na articulação entre ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, evitando a fragmentação do cuidado. Isso implica, por exemplo, que um usuário com doença crônica seja acompanhado de forma contínua na Atenção Primária, com acesso a serviços especializados quando necessário, além de ações educativas e suporte social. Essa lógica é reforçada pela organização em linhas de cuidado e protocolos assistenciais que integram diferentes pontos da rede.

Dessa forma, a integralidade não se limita a um princípio normativo, mas constitui uma diretriz operacional que orienta a organização do SUS e a prática dos profissionais de saúde. Sua efetivação depende da articulação entre dispositivos legais, políticas públicas e práticas assistenciais, sendo fundamental para a garantia de um cuidado contínuo, resolutivo e centrado nas necessidades da população.

3 DESAFIOS PARA A EFETIVAÇÃO DA INTEGRALIDADE NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A integralidade, embora consolidada como princípio doutrinário do Sistema Único de Saúde (SUS), enfrenta obstáculos estruturais e operacionais que limitam sua plena efetivação no cotidiano dos serviços. Esses desafios estão relacionados tanto à organização do sistema quanto às práticas profissionais, refletindo tensões históricas entre o modelo biomédico hegemônico e as propostas da saúde coletiva.

Um dos principais entraves refere-se à persistência da fragmentação assistencial, expressa na dificuldade de articulação entre os diferentes níveis de atenção. Apesar da institucionalização das Redes de Atenção à Saúde (RAS), observa-se, na prática, descontinuidade do cuidado, baixa resolutividade da Atenção Primária e dificuldades no acesso a serviços especializados, o que compromete a coordenação do cuidado e a integralidade das ações (BRASIL, 2010; PAIM, 2008). Essa fragmentação está frequentemente associada à lógica de organização dos serviços baseada em especialidades e procedimentos, em detrimento de abordagens centradas nas necessidades dos usuários.

O subfinanciamento crônico do SUS constitui outro fator determinante. A insuficiência de recursos impacta diretamente a capacidade de oferta de serviços, a qualificação da infraestrutura e a disponibilidade de profissionais, comprometendo a implementação de práticas integrais e contínuas. Segundo Paim (2008), as limitações orçamentárias impõem restrições à consolidação de um sistema universal e integral, gerando desigualdades regionais e fragilizando a equidade no acesso.

No âmbito do processo de trabalho, destaca-se a permanência do modelo biomédico como referencial dominante na formação e atuação dos profissionais de saúde. Esse modelo privilegia a doença, o diagnóstico e a intervenção curativa, dificultando a incorporação de práticas ampliadas que considerem aspectos subjetivos, sociais e culturais do cuidado. Conforme Merhy (2002), a produção do cuidado em saúde depende do “trabalho vivo em ato”, sendo necessário deslocar o foco de tecnologias duras para tecnologias leves, como vínculo, escuta e acolhimento, elementos centrais para a integralidade.

Adicionalmente, a formação profissional ainda apresenta lacunas importantes no que se refere à incorporação dos princípios do SUS. Os currículos, em muitos casos, permanecem centrados em especialidades e em ambientes hospitalares, com pouca ênfase na Atenção Primária e nas práticas interdisciplinares. Essa dissociação entre formação e necessidades do sistema compromete a capacidade dos profissionais de atuar de forma integrada e resolutiva (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Outro desafio relevante refere-se à fragilidade na implementação das Redes de Atenção à Saúde, especialmente no que diz respeito à comunicação entre serviços e à continuidade do cuidado. A ausência de sistemas de informação integrados, fluxos assistenciais mal definidos e dificuldades na regulação do acesso contribuem para a desarticulação entre os pontos de atenção, resultando em itinerários terapêuticos fragmentados e pouco resolutivos (MENDES, 2011).

Por fim, destaca-se a dificuldade de operacionalização da intersectorialidade, elemento essencial para a integralidade. Embora amplamente reconhecida nos documentos normativos, a articulação entre saúde, educação, assistência social e outros setores ainda é incipiente, limitando a capacidade de enfrentamento dos determinantes sociais da saúde (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Dessa forma, a efetivação da integralidade no SUS exige o enfrentamento de desafios estruturais, organizacionais e formativos, demandando investimentos contínuos, fortalecimento da Atenção Primária à Saúde e transformação das práticas profissionais, de modo a alinhar o sistema às necessidades reais da população.

4 INTEGRALIDADE NO MANEJO DAS CONDIÇÕES CRÔNICAS E NA REABILITAÇÃO EM SAÚDE

A crescente prevalência de condições crônicas não transmissíveis tem imposto novos desafios aos sistemas de saúde, exigindo a adoção de modelos assistenciais capazes de garantir cuidado contínuo, coordenado e centrado nas necessidades dos usuários. Nesse contexto, a integralidade assume papel estratégico, ao orientar a organização de linhas de cuidado que integrem ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação.

As condições crônicas, como doenças cardiovasculares, diabetes mellitus e obesidade, caracterizam-se por longa duração, necessidade de acompanhamento contínuo e forte influência de determinantes sociais. Tais características exigem a superação de modelos episódicos de atenção, centrados em eventos agudos, e a adoção de abordagens longitudinais, baseadas na coordenação do cuidado pela Atenção Primária à Saúde (MENDES, 2012).

A integralidade, nesse contexto, se expressa na construção de projetos terapêuticos que considerem não apenas a dimensão clínica, mas também aspectos psicossociais, comportamentais e culturais dos usuários. A utilização do Projeto Terapêutico Singular (PTS) constitui uma estratégia relevante, permitindo a elaboração de planos de cuidado individualizados e compartilhados entre equipes multiprofissionais (BRASIL, 2013).

A reabilitação em saúde, por sua vez, representa um componente essencial da integralidade, especialmente no manejo de condições crônicas e incapacidades funcionais. Trata-se de um processo contínuo que visa à recuperação, manutenção ou melhoria da funcionalidade e da qualidade de vida dos

indivíduos, exigindo a atuação integrada de diferentes profissionais, como médicos, fisioterapeutas, psicólogos e terapeutas ocupacionais.

Nesse cenário, o manejo da dor assume papel central, uma vez que a dor crônica está frequentemente associada a limitações funcionais, sofrimento psicológico e redução da qualidade de vida. A abordagem integral da dor requer não apenas intervenções farmacológicas, mas também estratégias não farmacológicas, como fisioterapia, apoio psicossocial e educação em saúde, evidenciando a necessidade de práticas interdisciplinares e centradas no usuário (IASP, 2012).

A organização do cuidado em redes é fundamental para garantir a integralidade no manejo das condições crônicas. As linhas de cuidado, estruturadas a partir das necessidades dos usuários, permitem a articulação entre diferentes pontos de atenção, assegurando continuidade assistencial e evitando fragmentação. Nesse modelo, a Atenção Primária desempenha papel central na coordenação do cuidado, sendo responsável pelo acompanhamento longitudinal e pela articulação com serviços especializados (BRASIL, 2010).

Além disso, a promoção da autonomia dos usuários e o incentivo ao autocuidado apoiado constituem elementos essenciais para a integralidade. Estratégias educativas, acompanhamento contínuo e construção de vínculo entre profissionais e usuários contribuem para o fortalecimento da corresponsabilização no cuidado, especialmente no contexto das doenças crônicas (MENDES, 2012).

Dessa forma, a integralidade no manejo das condições crônicas e na reabilitação em saúde exige a articulação entre diferentes dimensões do cuidado, a integração entre serviços e a valorização de práticas centradas nas necessidades dos usuários. Trata-se de um modelo que ultrapassa a lógica curativa e episódica, orientando-se pela continuidade, pela interdisciplinaridade e pela produção de cuidado ao longo do tempo.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A integralidade do cuidado em saúde configura-se como um dos pilares estruturantes do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo resultado de um processo histórico, político e teórico que redefiniu o entendimento da saúde como direito social e como produção coletiva. Sua consolidação, ancorada na Constituição Federal de 1988 e nas leis orgânicas da saúde, representa um avanço significativo na construção de um sistema público orientado pela universalidade, equidade e pela resposta ampliada às necessidades da população.

Do ponto de vista conceitual, a integralidade ultrapassa a ideia de soma de ações assistenciais, constituindo-se como um valor ético-político que orienta práticas de saúde centradas nos sujeitos, em seus contextos de vida e nos determinantes sociais que influenciam o processo saúde-doença. Nesse sentido, sua

materialização exige a articulação entre diferentes dimensões do cuidado, incluindo promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, bem como a integração entre níveis de atenção e saberes profissionais.

No entanto, apesar de sua ampla institucionalização normativa, a efetivação da integralidade ainda enfrenta desafios relevantes no cotidiano do SUS. A persistência da fragmentação dos serviços, o subfinanciamento do sistema, as limitações na organização das Redes de Atenção à Saúde e a hegemonia do modelo biomédico constituem obstáculos que dificultam a consolidação de práticas integrais. Além disso, a formação profissional ainda apresenta lacunas importantes no que se refere à incorporação dos princípios da saúde coletiva e à atuação interdisciplinar.

No contexto das condições crônicas e da reabilitação em saúde, a integralidade revela-se ainda mais essencial, uma vez que essas demandas exigem cuidado contínuo, coordenado e centrado nas necessidades dos usuários. A organização de linhas de cuidado, o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde e a adoção de estratégias como o Projeto Terapêutico Singular e o autocuidado apoiado são fundamentais para garantir a continuidade e a resolutividade da atenção.

Dessa forma, a integralidade deve ser compreendida não apenas como um princípio normativo, mas como uma diretriz prática e dinâmica, que se constrói no cotidiano dos serviços a partir das relações entre profissionais, usuários e gestores. Sua consolidação depende do fortalecimento das políticas públicas, da qualificação das práticas assistenciais e do compromisso ético com a produção de um cuidado que seja, de fato, abrangente, humanizado e orientado pelas necessidades da população.

Referências Bibliográficas

AROUCA, Sérgio. O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo: UNESP, 1975.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 1990.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS. Diário Oficial da União, Brasília, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde no SUS. Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

Ana Vitória Mascarenhas Sganzerla | Aline Almeida da Silva | Ana Paula Chaves e Pádua | Caio Castanheira Melo Ribeiro | Cecília Cognetti Freitas | Nicole Segnor Sauer | Vitor de Franco Gomes Filgueira | Isabelle Arruda Leão Oliveira | Lídia Acyole de Souza

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. O quadrilátero da formação para a área da saúde. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

DONNANGELO, Maria Cecília Ferro. Medicina e sociedade: o médico e seu mercado de trabalho. São Paulo: Pioneira, 1975.

GONÇALVES, Ricardo Bruno Mendes. Tecnologia e organização social das práticas de saúde. São Paulo: Hucitec, 1994.

IASP – INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN. IASP taxonomy. Washington: IASP, 2012.

MATTOS, Ruben Araújo de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, Roseni;

MATTOS, Ruben Araújo de (org.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2001.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, Eugênio Vilaça. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MERHY, Emerson Elias. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

PAIM, Jairnilson Silva. Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Constitution of the World Health Organization. Geneva: WHO, 1946.


WORLD HEALTH ORGANIZATION; UNITED NATIONS CHILDREN’S FUND (UNICEF). Declaration of Alma-Ata. Geneva: WHO, 1978.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Ottawa Charter for Health Promotion. Geneva: WHO, 1986.

CAPÍTULO 2

DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS E TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA: DETERMINANTES, IMPACTOS E DESAFIOS PARA OS SISTEMAS DE SAÚDE CONTEMPORÂNEOS

CHRONIC NON-COMMUNICABLE DISEASES AND DEMOGRAPHIC TRANSITION: DETERMINANTS, IMPACTS, AND CHALLENGES FOR CONTEMPORARY HEALTH SYSTEMS

 <https://doi.org/10.63330/livroautoral502026-002>

Isabelle Arruda Leão Oliveira

Acadêmica de Medicina
Centro Universitário de Goiatuba (Unicerrado)
E-mail: isabellearrudaleao@gmail.com.

Vitor de Franco Gomes Filgueira

Acadêmico de Medicina
Centro Universitário de Goiatuba (Unicerrado)
E-mail: vitordf97@gmail.com.

Ângela Aparecida Silveira

Acadêmica de Medicina
Centro Universitário Alfredo Nasser (UNIFAN)
E-mail: angelaap13@hotmail.com

Cristiana Daniela de Souza

Acadêmica de Medicina
Centro Universitário Alfredo Nasser (UNIFAN)
E-mail: sdcristi@gmail.com.

Isabela Felipe Ribeiro

Acadêmica de Medicina
Centro Universitário de Goiatuba (Unicerrado)
E-mail: isabelafribeiro08@gmail.com.

Elisângelo Aparecido Costa da Silva

Acadêmico de Medicina
Centro Universitário Alfredo Nasser
E-mail: elisangelo.com@gmail.com

Renata da Silva Sodré

Acadêmica de Medicina
Centro Universitário Alfredo Nasser (UNIFAN)
E-mail: renatasodre2811@gmail.com

Bruno Silveira Leão

Acadêmico de Medicina
Centro Universitário Alfredo Nasser
E-mail: bruno_s_l@hotmail.com

RESUMO

A transição demográfica, marcada pelo envelhecimento populacional decorrente da redução das taxas de fecundidade e mortalidade, configura um dos principais determinantes da atual mudança no perfil epidemiológico global. Nesse contexto, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) emergem como a principal causa de morbimortalidade, representando um desafio crescente para os sistemas de saúde, especialmente em países de renda média como o Brasil. Este capítulo analisa criticamente a inter-relação entre transição demográfica e DCNT, abordando seus determinantes biológicos, comportamentais e sociais, bem como seus impactos econômicos e estruturais. Discute-se, ainda, a necessidade de reorientação dos modelos assistenciais, com ênfase na atenção primária à saúde, nas estratégias de prevenção e no uso de tecnologias digitais. Conclui-se que o enfrentamento das DCNT exige abordagens integradas, intersetoriais e sustentáveis, capazes de reduzir desigualdades e promover um cuidado centrado na pessoa.

Palavras-chave: Determinantes de saúde; Saúde coletiva; Doenças crônicas não transmissíveis; Saúde pública.

ABSTRACT

The demographic transition, characterized by population aging resulting from declining fertility and mortality rates, is one of the main determinants of the current shift in the global epidemiological profile. In this context, chronic noncommunicable diseases (NCDs) have emerged as the leading cause of morbidity and mortality, posing a growing challenge to health systems, especially in middle-income countries such as Brazil. This chapter critically analyzes the interrelationship between demographic transition and NCDs, addressing their biological, behavioral, and social determinants, as well as their economic and structural impacts. It also discusses the need to reorient healthcare models, with an emphasis on primary health care, prevention strategies, and the use of digital technologies. It concludes that addressing NCDs requires integrated, intersectoral, and sustainable approaches capable of reducing inequalities and promoting person-centered care.

Keywords: Health determinants; Public health; Chronic noncommunicable diseases; Public health.

1 TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA E TRANSFORMAÇÃO DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

A transição demográfica constitui um fenômeno estruturante que redefine as bases populacionais e sanitárias das sociedades contemporâneas. Caracterizada pela progressiva redução das taxas de natalidade e mortalidade, associada ao aumento da expectativa de vida, essa transição resulta em um expressivo envelhecimento populacional. No Brasil, esse processo ocorreu de forma acelerada nas últimas décadas, impulsionado por melhorias nas condições de vida, avanços na medicina e ampliação do acesso a serviços de saúde (IBGE, 2023).

Esse cenário promove uma transformação profunda no perfil epidemiológico, marcada pela substituição das doenças infecciosas pelas doenças crônicas não transmissíveis como principais causas de morte. Tal fenômeno, denominado transição epidemiológica, não ocorre de maneira homogênea, sendo influenciado por desigualdades regionais e socioeconômicas. Em países em desenvolvimento, como o Brasil, observa-se a coexistência de doenças infecciosas e crônicas, configurando o chamado duplo fardo de doenças, o que impõe desafios adicionais à organização dos sistemas de saúde (MALTA et al., 2021).

Do ponto de vista biológico, o envelhecimento está associado a alterações fisiológicas que aumentam a suscetibilidade às DCNT, incluindo inflamação crônica de baixo grau, disfunções metabólicas e acúmulo de danos celulares ao longo da vida (PARTRIDGE; DEELEN; SLAGBOOM, 2018). No entanto, esses fatores interagem com determinantes sociais e comportamentais, evidenciando a complexidade do processo saúde-doença no contexto da transição demográfica.

Além disso, a transição demográfica ocorre em ritmos distintos entre países desenvolvidos e em desenvolvimento, sendo frequentemente mais acelerada nestes últimos. Essa velocidade reduz o tempo disponível para adaptação dos sistemas de saúde, o que resulta em lacunas na oferta de serviços adequados para populações envelhecidas. No caso brasileiro, essa transição rápida ocorreu paralelamente a profundas desigualdades sociais, ampliando as iniquidades em saúde.

Outro aspecto relevante refere-se à feminização do envelhecimento, fenômeno caracterizado pela maior proporção de mulheres entre os idosos, em decorrência de sua maior expectativa de vida. Essa característica impõe demandas específicas aos sistemas de saúde, considerando que mulheres idosas apresentam padrões distintos de adoecimento, maior prevalência de incapacidade funcional e maior utilização de serviços de saúde.

Adicionalmente, a urbanização acelerada contribui para a modificação dos padrões de vida e saúde da população. Ambientes urbanos, muitas vezes caracterizados por poluição, sedentarismo e acesso facilitado a alimentos ultraprocessados, favorecem o desenvolvimento de fatores de risco para DCNT, intensificando os efeitos da transição demográfica.

Por fim, destaca-se que a transição demográfica também impacta as estruturas familiares e redes de apoio social, reduzindo o número de cuidadores disponíveis para idosos dependentes. Essa mudança

aumenta a demanda por serviços formais de cuidado e reforça a necessidade de políticas públicas voltadas ao cuidado de longa duração.

2 DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS: DETERMINANTES E IMPLICAÇÕES CLÍNICAS

As DCNT são caracterizadas por etiologia multifatorial, longa duração e evolução geralmente lenta, sendo fortemente influenciadas por fatores de risco modificáveis, como tabagismo, sedentarismo, alimentação inadequada e consumo nocivo de álcool. Esses fatores estão intimamente relacionados às mudanças no estilo de vida associadas à urbanização e à globalização, refletindo padrões de consumo e comportamento típicos das sociedades contemporâneas (AFSHIN et al., 2019).

A distribuição das DCNT na população é profundamente marcada por determinantes sociais da saúde. Indivíduos em condições de vulnerabilidade socioeconômica apresentam maior exposição a fatores de risco e menor acesso a serviços de saúde de qualidade, o que contribui para a perpetuação de desigualdades em saúde (MARMOT; ALLEN, 2020). No contexto brasileiro, essas desigualdades se manifestam de forma expressiva entre regiões e grupos populacionais.

Um aspecto particularmente relevante é a crescente prevalência de multimorbidade, definida como a coexistência de múltiplas condições crônicas em um mesmo indivíduo. Esse fenômeno, altamente prevalente em populações envelhecidas, aumenta a complexidade do cuidado clínico, exigindo abordagens integradas e centradas no paciente (SALIVE, 2021).

A multimorbidade também está associada à polifarmácia, definida como o uso simultâneo de múltiplos medicamentos, o que aumenta o risco de interações medicamentosas, eventos adversos e baixa adesão ao tratamento. Esse cenário exige maior atenção dos profissionais de saúde na prescrição racional e no acompanhamento contínuo dos pacientes.

Outro ponto relevante refere-se ao impacto das DCNT na qualidade de vida dos indivíduos. Condições crônicas frequentemente resultam em limitações funcionais, dor crônica e comprometimento da autonomia, afetando não apenas os pacientes, mas também seus familiares e cuidadores.

Além disso, observa-se uma tendência crescente de início precoce das DCNT, especialmente em populações expostas a fatores de risco desde a infância. Esse fenômeno amplia o tempo de convivência com a doença e aumenta o risco de complicações ao longo da vida, reforçando a importância de intervenções precoces.

As DCNT apresentam importante impacto psicossocial, estando frequentemente associadas a transtornos mentais, como depressão e ansiedade. Essa interação bidirecional entre saúde física e mental reforça a necessidade de abordagens integradas no cuidado em saúde.

3 IMPACTOS PARA OS SISTEMAS DE SAÚDE E ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO

O aumento das doenças crônicas não transmissíveis no contexto da transição demográfica impõe desafios substanciais aos sistemas de saúde, tanto sob a perspectiva econômica quanto organizacional, uma vez que o manejo dessas condições exige acompanhamento contínuo, monitoramento clínico prolongado e utilização persistente de recursos terapêuticos, resultando em custos elevados e crescentes (BLOOM et al., 2020). Nesse cenário, torna-se evidente a necessidade de reconfiguração dos modelos assistenciais, historicamente estruturados para o enfrentamento de condições agudas, em direção a abordagens que privilegiem o cuidado longitudinal, integrado e centrado na pessoa.

Essa transformação encontra na atenção primária à saúde (APS) seu principal eixo estruturante, na medida em que esse nível de atenção se caracteriza pela capacidade de coordenar o cuidado, promover ações preventivas e garantir acompanhamento contínuo dos indivíduos ao longo do tempo. No contexto brasileiro, a Estratégia Saúde da Família tem se consolidado como um modelo eficaz nesse sentido, demonstrando impacto relevante na redução de internações por condições sensíveis à atenção primária e na melhoria de indicadores de saúde, especialmente em populações mais vulneráveis.

Entretanto, a efetividade desse modelo está intrinsecamente condicionada à qualificação dos profissionais de saúde, cuja formação ainda permanece, em grande parte, orientada para o manejo de condições agudas e episódicas. Diante da complexidade inerente às DCNT, torna-se imprescindível a incorporação de competências relacionadas ao cuidado contínuo, à abordagem centrada no paciente, à comunicação interpessoal qualificada e ao trabalho em equipe multiprofissional, elementos essenciais para a gestão adequada de condições crônicas e da multimorbidade.

Paralelamente, a integração entre os diferentes níveis de atenção à saúde configura-se como um componente crítico para a garantia da continuidade do cuidado, uma vez que a fragmentação dos serviços compromete a efetividade das intervenções, gera duplicidade de procedimentos e contribui para o aumento dos custos assistenciais. Nesse contexto, a incorporação de tecnologias digitais emerge como uma estratégia promissora, ao possibilitar a ampliação do acesso, o monitoramento remoto de pacientes e o fortalecimento da comunicação entre profissionais e usuários, contribuindo para maior adesão terapêutica e melhor controle das condições crônicas (TOPOL, 2019).

Por fim, é imprescindível reconhecer que o enfrentamento das DCNT transcende o âmbito estritamente assistencial, demandando a implementação de políticas públicas intersetoriais que atuem sobre os determinantes sociais da saúde. A promoção de ambientes saudáveis, a regulação de produtos nocivos e o incentivo à adoção de estilos de vida saudáveis configuram-se como estratégias fundamentais para a redução da carga dessas doenças, evidenciando que respostas efetivas requerem articulação entre diferentes setores e níveis de governança.

4 INTEGRALIDADE DO CUIDADO E DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

A integralidade do cuidado constitui um dos princípios doutrinários fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS) e representa um eixo estruturante indispensável para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). No contexto dessas condições, caracterizadas por curso prolongado, necessidade de acompanhamento contínuo e elevada complexidade clínica, a integralidade transcende a simples oferta de serviços, configurando-se como uma abordagem que articula ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico precoce, tratamento e reabilitação, de forma coordenada e centrada nas necessidades do indivíduo (BRASIL, 2011; GIOVANELLA et al., 2018).

A operacionalização da integralidade no cuidado às DCNT exige a superação do modelo biomédico tradicional, historicamente centrado na doença e em intervenções fragmentadas, em favor de uma perspectiva ampliada que considere o sujeito em sua totalidade biopsicossocial. Nesse sentido, torna-se essencial reconhecer que as DCNT não são apenas condições clínicas isoladas, mas fenômenos complexos, fortemente influenciados por determinantes sociais, comportamentais e ambientais. Assim, a integralidade implica a incorporação de práticas interdisciplinares e intersetoriais, capazes de responder às múltiplas dimensões do processo saúde-doença (MATTOS, 2009; BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

No âmbito da atenção primária à saúde, a integralidade se materializa por meio da coordenação do cuidado e da construção de vínculos longitudinalmente estabelecidos entre profissionais e usuários. Essa relação favorece a identificação precoce de fatores de risco, a adesão ao tratamento e o acompanhamento contínuo das condições crônicas, contribuindo para melhores desfechos clínicos. Evidências demonstram que sistemas de saúde orientados pela atenção primária apresentam melhores indicadores de saúde, maior equidade e menor custo (STARFIELD, 2002; MACINKO; MENDONÇA, 2018).

Outro aspecto relevante refere-se à integração entre ações clínicas e estratégias de promoção da saúde, especialmente no que diz respeito à modificação de fatores de risco. A integralidade pressupõe que intervenções terapêuticas sejam acompanhadas de ações educativas e de suporte ao autocuidado, reconhecendo o papel ativo do paciente na gestão de sua própria saúde. Esse enfoque é particularmente relevante no contexto das DCNT, nas quais a adesão ao tratamento e as mudanças no estilo de vida são determinantes para o controle da doença e prevenção de complicações (WAGNER et al., 2001; BODENHEIMER; WAGNER; GRUMBACH, 2002).

Além disso, a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) constitui um elemento central para a efetivação da integralidade, ao promover a articulação entre diferentes pontos de atenção e garantir a continuidade do cuidado. A estruturação dessas redes permite maior resolutividade dos serviços e evita a fragmentação assistencial, especialmente relevante no cuidado de pacientes com múltiplas condições crônicas (MENDES, 2011; GIOVANELLA et al., 2018).

Entretanto, a efetivação da integralidade enfrenta desafios significativos, incluindo a fragmentação dos serviços de saúde, a insuficiência de recursos, a persistência de modelos assistenciais centrados no hospital e a formação profissional ainda orientada por uma lógica curativista. A superação dessas barreiras requer investimentos na qualificação das equipes de saúde, fortalecimento das políticas públicas e ampliação de estratégias intersetoriais que abordem os determinantes sociais da saúde (PAIM et al., 2011; MARMOT; ALLEN, 2020).

Dessa forma, a integralidade do cuidado deve ser compreendida não apenas como um princípio normativo do SUS, mas como uma diretriz prática e estratégica essencial para a reorganização dos sistemas de saúde frente ao crescente impacto das doenças crônicas não transmissíveis. Sua efetivação depende da articulação entre diferentes níveis de atenção, da valorização da atenção primária e do compromisso com a equidade,

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A transição demográfica redefine profundamente o cenário da saúde pública, sendo diretamente responsável pelo aumento das doenças crônicas não transmissíveis. Esse fenômeno evidencia a necessidade de mudanças estruturais nos sistemas de saúde, com ênfase na prevenção, no cuidado integrado e na equidade.

O enfrentamento das DCNT requer abordagens multidimensionais, que considerem não apenas os aspectos biológicos, mas também os determinantes sociais e comportamentais. A atenção primária à saúde, aliada à inovação tecnológica e a políticas públicas eficazes, constitui o principal caminho para a construção de sistemas de saúde mais resilientes.

Entretanto, persistem desafios significativos, especialmente relacionados às desigualdades em saúde e à sustentabilidade econômica. A superação desses desafios depende do fortalecimento da governança em saúde, do investimento em pesquisa e da implementação de políticas baseadas em evidências.

Perspectivas futuras apontam para a necessidade de modelos de cuidado centrados na pessoa, integrados e orientados por dados, capazes de responder às demandas de uma população cada vez mais envelhecida e complexa. A articulação entre ciência, política e sociedade será fundamental para garantir avanços sustentáveis na saúde global.

REFERÊNCIAS

AFSHIN, Ashkan et al. Health effects of dietary risks in 195 countries, 1990–2017. *The Lancet*, Londres, v. 393, n. 10184, p. 1958–1972, 2019.

BLOOM, David E. et al. The economic burden of noncommunicable diseases. *The Lancet Global Health*, Londres, v. 8, n. 6, p. e820–e828, 2020.

- BODENHEIMER, Thomas; WAGNER, Edward H.; GRUMBACH, Kevin. Improving primary care for patients with chronic illness. *JAMA*, Chicago, v. 288, n. 14, p. 1775–1779, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77–93, 2007.
- GIOVANELLA, Lígia et al. Políticas e sistema de saúde no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018.
- IBGE. Expectativa de vida do brasileiro. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2023.
- MACINKO, James; MENDONÇA, Claunara Schilling. Estratégia Saúde da Família: um forte modelo de atenção primária à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1925–1936, 2018.
- MALTA, Deborah Carvalho et al. Doenças crônicas não transmissíveis e fatores de risco no Brasil: avanços e desafios. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 24, supl. 1, 2021.
- MARMOT, Michael; ALLEN, Jessica. COVID-19: exposing and amplifying inequalities. *Journal of Epidemiology & Community Health*, Londres, v. 74, p. 681–682, 2020.
- MATTOS, Ruben Araújo de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, Roseni;
- MATTOS, Ruben Araújo de (org.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2009.
- MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
- PAIM, Jairnilson Silva et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *The Lancet*, Londres, v. 377, n. 9779, p. 1778–1797, 2011.
- PARTRIDGE, Linda; DEELEN, Joris; SLAGBOOM, P. Eline. Facing up to the global challenges of ageing. *Nature*, Londres, v. 561, p. 45–56, 2018.
- SALIVE, Marcel E. Multimorbidity in older adults. *Epidemiologic Reviews*, Oxford, v. 43, n. 1, p. 1–14, 2021.
- STARFIELD, Barbara. Primary care: balancing health needs, services, and technology. New York: Oxford University Press, 2002.
- TOPOL, Eric. Deep Medicine: how artificial intelligence can make healthcare human again. New York: Basic Books, 2019.
- WAGNER, Edward H. et al. Improving chronic illness care: translating evidence into action. *Health Affairs*, v. 20, n. 6, p. 64–78, 2001.

DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS E TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA: DETERMINANTES, IMPACTOS E
DESAFIOS PARA OS SISTEMAS DE SAÚDE CONTEMPORÂNEOS


WORLD HEALTH ORGANIZATION. Noncommunicable diseases: key facts. Geneva: WHO, 2023.

**PARTE II - CLÍNICA INTEGRADA E
MANEJO DAS CONDIÇÕES
CRÔNICAS**

CAPÍTULO 3

HIPERTENSÃO ARTERIAL: ABORDAGEM CLÍNICA E ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS

HYPERTENSION: CLINICAL MANAGEMENT AND NON-PHARMACOLOGICAL STRATEGIES

 <https://doi.org/10.63330/livroautoral502026-003>

Lucas de Souza Moreira Santos

Acadêmico de Medicina
Centro Universitário de Mineiros (UNIFIMES)
E-mail: lucaspwmagnus@hotmail.com

Victoria Dias Carneiro de Abreu

Acadêmica de Medicina
Centro Universitário de Goiatuba (Unicerrado)
E-mail: victoriadiasabreu@icloud.com.

Laila Silva Teixeira Azeredo Bastos

Acadêmica de Medicina
Centro Universitário Alfredo Nasser (UNIFAN)
E-mail: laila.bastos@hotmail.com

Lucas Alves Fernandes Laurindo

Acadêmico de Medicina
Centro Universitário Alfredo Nasser (UNIFAN)
E-mail: lucas_afernandes@hotmail.com

Bruno Silveira Leão

Acadêmico de Medicina
Centro Universitário Alfredo Nasser (UNIFAN)
E-mail: bruno_s_l@hotmail.com

Maria Júlia Franco de Lima Guimarães

Acadêmica de Medicina
Centro Universitário Alfredo Nasser (UNIFAN)
E-mail: mj.francolimagui@gmail.com

Nathalia Duarte Costa

Acadêmica de Medicina
Centro Universitário Alfredo Nasser (UNIFAN)
E-mail: nathalia.duarte.costa@gmail.com.

Lídia Acyole de Souza

Doutora em Ciências da Saúde
Universidade Federal de Goiás (UFG)
E-mail: lidia.acyole@gmail.com

RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) constitui uma das doenças crônicas não transmissíveis de maior impacto para os sistemas de saúde em âmbito global. Sua elevada prevalência, curso frequentemente assintomático e forte associação com eventos cardiovasculares, cerebrovasculares e renais tornam essa condição um importante desafio clínico e epidemiológico. Apesar dos avanços terapêuticos nas últimas décadas, parcela expressiva dos indivíduos hipertensos permanece sem diagnóstico adequado ou com controle pressórico insatisfatório. Nesse contexto, estratégias não farmacológicas assumem papel central tanto na prevenção quanto no tratamento da doença. Este capítulo discute aspectos gerais da hipertensão arterial, mecanismos fisiopatológicos, diagnóstico, complicações clínicas e principais intervenções não farmacológicas baseadas em evidências científicas atuais, com destaque para alimentação saudável, redução do consumo de sódio, prática regular de atividade física, controle ponderal, cessação do tabagismo, moderação alcoólica e promoção do autocuidado. Também se destaca o papel estratégico da Atenção Primária à Saúde no manejo longitudinal da hipertensão.

Palavras-chave: Hipertensão arterial; Doença cardiovascular; Promoção da saúde; Atenção primária; Estilo de vida.

ABSTRACT

Systemic arterial hypertension (SAH) is one of the chronic noncommunicable diseases with the greatest impact on health systems worldwide. Its high prevalence, often asymptomatic course, and strong association with cardiovascular, cerebrovascular, and renal events make this condition a major clinical and epidemiological challenge. Despite therapeutic advances in recent decades, a significant proportion of hypertensive individuals remain undiagnosed or have inadequate blood pressure control. In this context, nonpharmacological strategies play a central role in both the prevention and treatment of the disease. This chapter discusses general aspects of hypertension, pathophysiological mechanisms, diagnosis, clinical complications, and key non-pharmacological interventions based on current scientific evidence, with an emphasis on healthy eating, sodium reduction, regular physical activity, weight management, smoking cessation, alcohol moderation, and the promotion of self-care. It also highlights the strategic role of Primary Health Care in the long-term management of hypertension.

Keywords: High blood pressure; Cardiovascular disease; Health promotion; Primary care; Lifestyle.

1 INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) constitui uma das doenças crônicas não transmissíveis de maior impacto para os sistemas de saúde, devido à sua alta prevalência, curso frequentemente assintomático e forte associação com eventos cardiovasculares graves, como infarto agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral (VALENZUELA et al., 2020; CHARCHAR et al., 2023; MAHMOOD et al., 2018). Estima-se que grande proporção dos indivíduos hipertensos permaneça sem diagnóstico ou com controle pressórico inadequado, contribuindo de forma decisiva para a elevada carga de morbimortalidade cardiovascular em nível global (VERMA et al., 2021; DHUNGANA et al., 2022; VALENZUELA et al., 2020).

Nas últimas décadas, o tratamento farmacológico da HAS avançou de forma importante, com maior disponibilidade de fármacos eficazes e esquemas terapêuticos simplificados; ainda assim, o controle isolado por medicamentos mostrou-se insuficiente para reduzir de modo ótimo o risco cardiovascular populacional (VALENZUELA et al., 2020; VERMA et al., 2021; MAHMOOD et al., 2018). Nesse contexto, consolidou-se a necessidade de uma abordagem multifatorial que incorpore, de maneira estruturada, intervenções sobre fatores comportamentais e ambientais (OJANGBA et al., 2023; CHARCHAR et al., 2023; VERMA et al., 2021).

Diretrizes e posicionamentos recentes, como o documento da International Society of Hypertension (ISH), endossado pela World Hypertension League e European Society of Hypertension, convergem ao afirmar que modificações do estilo de vida devem ser recomendadas a todos os indivíduos com pressão arterial elevada ou hipertensão estabelecida, independentemente do uso de medicamentos (CHARCHAR et al., 2023; OJANGBA et al., 2023; VERMA et al., 2021). Entre essas medidas destacam-se alimentação saudável, especialmente dieta tipo DASH ou equivalente, com baixo teor de sódio e rica em frutas e verduras, prática regular de atividade física, controle de peso, moderação do consumo de álcool e cessação do tabagismo (FU et al., 2020; CHARCHAR et al., 2023; OJANGBA et al., 2023).

Além da redução dos níveis pressóricos, essas intervenções não farmacológicas produzem benefícios metabólicos amplos, incluindo melhora do perfil lipídico, redução da resistência à insulina, prevenção ou atraso do diabetes mellitus tipo 2 e auxílio no controle ponderal (FU et al., 2020; VERMA et al., 2021; OJANGBA et al., 2023). Tais efeitos se traduzem em queda significativa do risco de doenças cardiovasculares, com estimativas relevantes de redução de eventos quando múltiplos fatores de estilo de vida saudável são mantidos ao longo do tempo (DIAZ et al., 2014; SU et al., 2023; LU et al., 2022).

Diante disso, compreender o impacto das intervenções não farmacológicas sobre a pressão arterial e sobre desfechos cardiovasculares maiores em indivíduos hipertensos é fundamental para a prática clínica contemporânea e para o planejamento de políticas públicas em saúde. Evidências provenientes de grandes coortes e ensaios clínicos indicam que a adoção de um estilo de vida saudável, isoladamente ou em

combinação com fármacos anti-hipertensivos, associa-se à redução consistente da incidência de eventos cardiovasculares e da mortalidade em pessoas com hipertensão (WANG et al., 2022; HUA et al., 2017; SIMS et al., 2024).

2 FISIOPATOLOGIA DA HIPERTENSÃO ARTERIAL

Do ponto de vista fisiopatológico, a hipertensão arterial sistêmica resulta da interação entre fatores genéticos, ambientais e hemodinâmicos que convergem para aumento persistente do débito cardíaco e/ou da resistência vascular periférica (MALACHIAS et al., 2016; DE SOUZA MONTES, 2020). Trata-se de condição multifatorial em que mecanismos regulatórios cardiovasculares tornam-se progressivamente desajustados, favorecendo elevação sustentada da pressão arterial.

Sistemas reguladores como o sistema nervoso simpático e o sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA) frequentemente encontram-se hiperativados, promovendo vasoconstrição, retenção de sódio e água, remodelamento vascular e hipertrofia cardíaca. Esses processos perpetuam o ciclo de elevação pressórica e contribuem para lesão progressiva de órgãos-alvo, especialmente coração, rins e cérebro (MALACHIAS et al., 2016; DE SOUZA MONTES, 2020).

A rigidez arterial surge tanto como consequência quanto como componente causal da hipertensão. Meta-análise recente demonstrou que maior velocidade de onda de pulso, assim como níveis mais elevados de pressão sistólica e diastólica, predizem o desenvolvimento futuro de hipertensão em indivíduos inicialmente normotensos, sugerindo que alterações estruturais da parede arterial participam precocemente da gênese da doença (SAZ-LARA et al., 2022).

Esse enrijecimento vascular aumenta a pressão sistólica, a pós-carga cardíaca e o dano microvascular, com repercussões importantes sobre circulação cerebral e função renal. Em idosos, esse mecanismo assume relevância especial, contribuindo para o predomínio de hipertensão sistólica isolada e maior risco cardiovascular (SAZ-LARA et al., 2022; MALACHIAS et al., 2016).

A distinção entre hipertensão primária (essencial) e secundária possui relevância clínica. A forma essencial, sem causa única identificável, corresponde à maioria dos casos e reflete a soma de predisposição genética, envelhecimento, obesidade, dieta hipersódica, sedentarismo, consumo excessivo de álcool e estresse crônico (MALACHIAS et al., 2016; DE SANTANA SANTOS et al., 2009).

Por outro lado, a hipertensão secundária decorre de causas específicas potencialmente reversíveis, como nefropatias, endocrinopatias, apneia obstrutiva do sono e doenças renovasculares. Evidências recentes sugerem que sua prevalência pode ser subestimada quando não investigada de forma sistemática, o que impacta diretamente as possibilidades de tratamento direcionado e eventual cura (ROSSI et al., 2025).

Em síntese, a hipertensão arterial sistêmica configura-se como síndrome hemodinâmica e metabólica complexa, na qual ativação neuro-hormonal, retenção hidrossalina, rigidez arterial e

remodelamento cardiovascular interagem continuamente e favorecem progressão clínica. Essa compreensão fisiopatológica fundamenta tanto o uso racional de fármacos anti-hipertensivos quanto a importância de intervenções não farmacológicas dirigidas à obesidade, alimentação inadequada, sedentarismo e estresse crônico (DE FÁTIMA LUCENA et al., 2008; CÁ; SILVA, 2025; DE SOUZA MONTES, 2020).

3 ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS

As estratégias não farmacológicas representam componente essencial no manejo da hipertensão arterial sistêmica e devem ser recomendadas a todos os pacientes, independentemente do estágio da doença ou da necessidade de tratamento medicamentoso. As diretrizes contemporâneas reconhecem essas intervenções como terapia de primeira linha em indivíduos com pressão arterial elevada e como medida complementar nos casos em uso de fármacos, pois potencializam a resposta terapêutica e reduzem o risco cardiovascular global (CHARCHAR et al., 2023; VERMA et al., 2021). Além disso, apresentam baixo custo, ampla aplicabilidade e benefícios adicionais sobre outras doenças crônicas, como diabetes mellitus, obesidade e dislipidemia.

Entre as medidas mais eficazes destaca-se a adoção de padrão alimentar saudável, especialmente dietas do tipo DASH e mediterrânea. Esses modelos nutricionais priorizam frutas, verduras, legumes, cereais integrais, leguminosas, oleaginosas, azeite de oliva e proteínas magras, com redução de gorduras saturadas, açúcares simples e alimentos ultraprocessados. Estudos demonstram que a melhora global da alimentação pode produzir reduções significativas da pressão arterial, além de favorecer controle metabólico e redução do peso corporal (CICERO; VERONESI; FOGACCI, 2021; FU et al., 2020).

A restrição do consumo de sódio constitui outra intervenção de grande relevância clínica e epidemiológica. O excesso de sal alimentar está diretamente relacionado ao aumento da pressão arterial, sobretudo em indivíduos sensíveis ao sódio, idosos e pacientes com doença renal crônica. Grande parte do sódio ingerido atualmente provém de produtos industrializados, conservas e refeições prontas. Dessa forma, além de reduzir o sal adicionado ao preparo doméstico, recomenda-se leitura de rótulos, preferência por alimentos in natura e substituição de temperos industrializados por ervas naturais (ALIASGHARZADEH et al., 2022; WANG et al., 2023).

A prática regular de atividade física também exerce papel central no tratamento não farmacológico da hipertensão. Exercícios aeróbicos moderados, como caminhada, bicicleta, corrida leve ou natação, realizados de forma regular, promovem melhora da função endotelial, redução da resistência vascular periférica e maior equilíbrio autonômico. Diretrizes internacionais recomendam pelo menos 150 minutos semanais de atividade moderada, podendo ser associados exercícios resistidos conforme condição clínica

individual. Além da redução pressórica, a atividade física melhora capacidade funcional, humor e qualidade de vida (CHARCHAR et al., 2023; MAHMOOD et al., 2018).

O controle do peso corporal merece destaque especial, uma vez que obesidade e sobrepeso participam diretamente da fisiopatologia da hipertensão arterial. O excesso de tecido adiposo associa-se à inflamação crônica, resistência insulínica, retenção de sódio e hiperatividade simpática. A perda ponderal, mesmo modesta, já se relaciona à melhora expressiva dos níveis pressóricos e à redução do risco cardiovascular. Assim, programas terapêuticos voltados ao emagrecimento saudável devem integrar alimentação equilibrada, atividade física e acompanhamento multiprofissional quando necessário (OJANGBA et al., 2023; MOHRIL, 2025).

Outras intervenções importantes incluem moderação do consumo alcoólico, cessação do tabagismo e qualificação do sono. O consumo excessivo de álcool está associado à elevação pressórica e pior resposta terapêutica. O tabagismo, por sua vez, aumenta intensamente o risco cardiovascular global e acelera dano endotelial, mesmo quando não é causa direta da hipertensão sustentada. Já o sono inadequado, fragmentado ou insuficiente relaciona-se à hiperatividade simpática e maior risco de hipertensão resistente. Nessas situações, deve-se investigar também a presença de apneia obstrutiva do sono (AKONOBİ; KHAN, 2019; CHARCHAR et al., 2023).

Por fim, o manejo do estresse e o fortalecimento da adesão terapêutica são determinantes para o sucesso de longo prazo. Estratégias como mindfulness, técnicas respiratórias, psicoterapia, organização da rotina e apoio familiar podem contribuir para redução da pressão arterial e melhor autocuidado. Entretanto, a principal dificuldade clínica costuma residir na manutenção sustentada das mudanças comportamentais. Nesse sentido, acompanhamento contínuo pela Atenção Primária à Saúde, educação em saúde, telemonitoramento e tecnologias digitais têm demonstrado resultados promissores no aumento da adesão e no controle pressórico duradouro (DORSCH et al., 2025; OJANGBA et al., 2023).

4 ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS)

No âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), as estratégias não farmacológicas para o manejo da hipertensão arterial devem ser incorporadas de forma sistemática, contínua e centrada na pessoa, aproveitando o vínculo longitudinal entre equipe multiprofissional e usuário. Por sua capilaridade territorial e proximidade com a comunidade, a APS ocupa posição estratégica para rastreamento precoce, diagnóstico oportuno e acompanhamento regular dos indivíduos hipertensos (GIOVANELLA et al., 2018) Nesse contexto, recomenda-se que cada consulta seja também oportunidade para educação em saúde, revisão de hábitos de vida e fortalecimento do autocuidado apoiado. A construção de metas realistas e compartilhadas favorece maior engajamento terapêutico e melhores resultados clínicos (PAIM et al., 2011; GIOVANELLA et al., 2018).

As ações educativas individuais e coletivas devem abordar alimentação saudável, redução do consumo de sódio, incentivo à prática regular de atividade física, abandono do tabagismo, moderação alcoólica e importância da adesão ao tratamento (CHARCHAR et al., 2023; OJANGBA et al., 2023). Grupos operativos para pessoas com hipertensão, rodas de conversa, oficinas culinárias com preparo de refeições saudáveis e atividades comunitárias voltadas ao exercício físico são estratégias efetivas e de baixo custo. Além de ampliar o conhecimento da população, essas iniciativas fortalecem apoio social e senso de corresponsabilização no cuidado, elementos fundamentais no manejo de doenças crônicas (CHARCHAR et al., 2023; OJANGBA et al., 2023).

A atuação multiprofissional representa outro pilar essencial. Profissionais de enfermagem podem realizar monitoramento pressórico seriado, orientações terapêuticas e acompanhamento da adesão medicamentosa. Nutricionistas contribuem com planejamento alimentar individualizado, enquanto educadores físicos e fisioterapeutas podem estruturar programas seguros de atividade física conforme idade e condição funcional. Os agentes comunitários de saúde desempenham papel relevante na busca ativa de pacientes faltosos, visitas domiciliares, identificação de barreiras sociais ao tratamento e fortalecimento do vínculo entre unidade de saúde e território. Quando necessário, apoio psicológico também deve ser integrado ao cuidado, especialmente em pacientes com ansiedade, depressão ou baixa adesão terapêutica (GIOVANELLA et al., 2018).

Adicionalmente, a APS pode utilizar ferramentas tecnológicas e estratégias organizacionais para ampliar a efetividade assistencial. Telemonitoramento, mensagens educativas por aplicativos, lembretes de consultas, registro domiciliar da pressão arterial e prontuário eletrônico com alertas clínicos auxiliam no seguimento longitudinal. Também são recomendadas agendas programadas para pacientes de maior risco cardiovascular, estratificação periódica de risco e protocolos assistenciais padronizados. A integração entre prevenção, tratamento e acompanhamento contínuo permite reduzir complicações evitáveis, internações e custos assistenciais, consolidando a APS como eixo central no controle da hipertensão arterial sistêmica (PAIM et al., 2011; CHARCHAR et al., 2023).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A hipertensão arterial sistêmica permanece como uma das principais doenças crônicas responsáveis por elevado impacto na saúde pública, devido à sua alta prevalência e associação com complicações cardiovasculares, renais e cerebrovasculares. Seu curso frequentemente silencioso reforça a importância do diagnóstico precoce e do acompanhamento contínuo.

As estratégias não farmacológicas ocupam papel fundamental tanto na prevenção quanto no tratamento da doença. Alimentação saudável, redução do consumo de sódio, prática regular de atividade física, controle do peso corporal, cessação do tabagismo, moderação alcoólica, sono adequado e manejo do

estresse contribuem de forma significativa para o controle pressórico e para a redução do risco cardiovascular.

Entretanto, a efetividade dessas medidas depende da adesão sustentada ao longo do tempo, o que exige educação em saúde, apoio multiprofissional e participação ativa do paciente no cuidado. Mudanças de hábitos devem ser compreendidas como parte permanente do tratamento, e não como intervenções temporárias.

Nesse contexto, a Atenção Primária à Saúde exerce papel central ao integrar prevenção, rastreamento, tratamento e seguimento longitudinal. O fortalecimento desse nível assistencial é essencial para ampliar o controle da hipertensão e reduzir complicações evitáveis.

REFERÊNCIAS

AKONOBI, A.; KHAN, J. A systematic review of randomized controlled trials about some non-pharmacological interventions for treatment of hypertension: physical exercise, sodium restriction, weight and alcohol use reduction. 2019.

ALIASGHARZADEH, S. et al. Effect of salt reduction interventions in lowering blood pressure: a comprehensive systematic review and meta-analysis of controlled clinical trials. *PLoS One*, v. 17, 2022.

BROUWERS, S. et al. Arterial hypertension. *The Lancet*, v. 398, p. 249-261, 2021.

CÁ, A.; SILVA, R. Hipertensão arterial e mecanismos fisiopatológicos atuais. 2025.

CALDWELL, J. et al. Lifestyle interventions and cardiovascular outcomes in hypertension. 2018.

CHARCHAR, F. et al. Lifestyle management of hypertension: International Society of Hypertension position paper endorsed by the World Hypertension League and European Society of Hypertension. *Journal of Hypertension*, v. 42, p. 23-49, 2023.

CICERO, A. F. G.; VERONESI, M.; FOGACCI, F. Dietary intervention to improve blood pressure control: beyond salt restriction. *High Blood Pressure & Cardiovascular Prevention*, v. 28, p. 547-553, 2021.

DE FÁTIMA LUCENA, R. et al. Aspectos fisiopatológicos da hipertensão arterial sistêmica. 2008.

DE SANTANA SANTOS, A. et al. Fatores associados à hipertensão arterial essencial. 2009.

DE SOUZA MONTES, A. Hipertensão arterial sistêmica: revisão fisiopatológica. 2020.

DHUNGANA, R. et al. Global burden, diagnosis and control of hypertension: current evidence and future perspectives. 2022.

DIAZ, K. et al. Healthy lifestyle factors and risk reduction of cardiovascular events among adults with hypertension. 2014.

DORSCH, M. et al. Physical activity and diet just-in-time adaptive intervention to reduce blood pressure: a randomized controlled trial. *NPJ Digital Medicine*, v. 8, 2025.

FU, J. et al. Nonpharmacologic interventions for reducing blood pressure in adults with prehypertension to established hypertension. *Journal of the American Heart Association*, v. 9, 2020.

GIOVANELLA, L. et al. *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018.

HUA, X. et al. Lifestyle patterns and cardiovascular outcomes in hypertensive populations. 2017.

LU, Y. et al. Combined lifestyle behaviors and cardiovascular outcomes in adults with hypertension. 2022.

MAHMOOD, S. et al. Non-pharmacological management of hypertension: in the light of current research. *Irish Journal of Medical Science*, v. 188, p. 437-452, 2018.

MALACHIAS, M. V. B. et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 107, n. 3 supl. 3, p. 1-83, 2016.

MOHRIL, S. Efficacy of lifestyle modification on blood pressure control in hypertensive patients: a systematic review. 2025.

OJANGBA, T. et al. Comprehensive effects of lifestyle reform, adherence, and related factors on hypertension control: a review. *The Journal of Clinical Hypertension*, v. 25, p. 509-520, 2023.

PAIM, J. S. et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *The Lancet*, v. 377, p. 1778-1797, 2011.

ROSSI, G. et al. Secondary hypertension: underestimated prevalence and clinical implications. 2025.

SAZ-LARA, A. et al. Arterial stiffness and future risk of hypertension: systematic review and meta-analysis. 2022.

SIMS, M. et al. Cardiovascular prevention in hypertensive individuals through lifestyle modification. 2024.

SU, Y. et al. Lifestyle adherence and cardiovascular risk reduction in patients with hypertension. 2023.

VALENZUELA, P. et al. Hypertension management and cardiovascular prevention: current evidence. 2020.

VERMA, N. et al. Non-pharmacological management of hypertension. *The Journal of Clinical Hypertension*, v. 23, p. 1275-1283, 2021.


WANG, Y. et al. Comparative analysis of hypertension guidelines: unveiling consensus and discrepancies in lifestyle modifications for blood pressure control. *Cardiology Research and Practice*, 2023.

WANG, Y. et al. Healthy lifestyle and cardiovascular outcomes in hypertension cohorts. 2022.

CAPÍTULO 4

DIABETES MELLITUS NO IDOSO: ABORDAGEM AMPLIADA E PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES

DIABETES MELLITUS IN THE ELDERLY: A COMPREHENSIVE APPROACH AND PREVENTION OF COMPLICATIONS

 <https://doi.org/10.63330/livroautoral502026-004>

Guilherme da Mata e Castro

Acadêmico de Medicina
Universidade de Rio Verde (UNIRV)
E-mail: guilhermemc020802@gmail.com

Vinícius Soares Mendes Rodrigues

Acadêmico de Medicina
Centro Universitário de Mineiros (UNIFIMES)
E-mail: vini03122002@gmail.com

Lucas Alves Fernandes Laurindo

Acadêmico de Medicina
Centro Universitário Alfredo Nasser
E-mail: lucas_afernandes@hotmail.com

Mariana Quirino Campos Araújo

Acadêmica de Medicina
Centro Universitário Alfredo Nasser
E-mail: marianaquirinoc@hotmail.com

Ângela Aparecida Silveira

Acadêmica de Medicina
Centro Universitário Alfredo Nasser (UNIFAN)
E-mail: angelaap13@hotmail.com

Ana Beatriz Cordeiro Barros

Acadêmica de Medicina
Centro Universitário de Goiatuba (Unicerrado)
E-mail: anabeatrizcordeirobarros26@gmail.com

Paulo Vieira da Costa Júnior

Acadêmico de Medicina
Centro Universitário Alfredo Nasser (UNIFAN)
E-mail: paulovcjunior@outlook.com

Maria Júlia Franco de Lima Guimarães

Acadêmica de Medicina
Centro Universitário Alfredo Nasser (UNIFAN)
E-mail: mj.francolimagui@gmail.com

Lídia Acyole de Souza
Doutora em Ciências da Saúde
Universidade Federal de Goiás (UFG)
E-mail: lidia.acyole@gmail.com

RESUMO

O envelhecimento populacional tem sido acompanhado pelo aumento expressivo da prevalência do diabetes mellitus tipo 2 entre pessoas idosas, configurando importante desafio para os sistemas de saúde e para a prática clínica contemporânea. Nessa faixa etária, o diabetes apresenta particularidades fisiopatológicas e assistenciais relacionadas à resistência à insulina, sarcopenia, declínio funcional, fragilidade, comprometimento cognitivo e elevada frequência de multimorbidade e polifarmácia. Tais fatores tornam inadequada a adoção de condutas padronizadas baseadas exclusivamente em metas glicêmicas rígidas. O presente capítulo objetiva discutir o diabetes mellitus no idoso sob perspectiva ampliada, enfatizando avaliação global, prevenção de complicações e individualização terapêutica. Trata-se de estudo teórico-narrativo fundamentado em diretrizes nacionais e internacionais e em literatura científica selecionada sobre geriatria e endocrinologia. Observa-se que a avaliação geriátrica ampla constitui instrumento essencial para identificação de limitações funcionais, risco de hipoglicemia, barreiras ao autocuidado e necessidade de suporte social. As complicações microvasculares e macrovasculares permanecem relevantes, porém a hipoglicemia assume papel central por sua associação com quedas, fraturas, delirium, hospitalizações e pior prognóstico. No tratamento, medidas não farmacológicas, como terapia nutricional individualizada e exercício físico regular, mantêm elevada importância. A terapêutica medicamentosa deve priorizar esquemas simples, seguros e compatíveis com a capacidade funcional do paciente. Conclui-se que o cuidado ao idoso com diabetes deve ser centrado na pessoa, com metas de hemoglobina glicada ajustadas conforme funcionalidade, fragilidade, cognição e expectativa de vida, visando preservar autonomia, qualidade de vida e segurança clínica.

Palavras-chave: Diabetes mellitus; Pessoa idosa; Fragilidade; Hipoglicemia; Cuidado integral.

ABSTRACT

Population aging has been accompanied by a significant increase in the prevalence of type 2 diabetes mellitus among older adults, posing a major challenge for health care systems and contemporary clinical practice. In this age group, diabetes presents pathophysiological and care-related characteristics associated with insulin resistance, sarcopenia, functional decline, frailty, cognitive impairment, and a high frequency of multimorbidity and polypharmacy. These factors render the adoption of standardized approaches based exclusively on strict glycemic targets inappropriate. This chapter aims to discuss diabetes mellitus in the

elderly from a broader perspective, emphasizing comprehensive assessment, prevention of complications, and individualized therapy. It is a theoretical-narrative study grounded in national and international guidelines and in selected scientific literature on geriatrics and endocrinology. It is noted that a comprehensive geriatric assessment is an essential tool for identifying functional limitations, the risk of hypoglycemia, barriers to self-care, and the need for social support. Microvascular and macrovascular complications remain relevant, but hypoglycemia plays a central role due to its association with falls, fractures, delirium, hospitalizations, and a poorer prognosis. In treatment, non-pharmacological measures, such as individualized nutritional therapy and regular physical exercise, remain of high importance. Drug therapy should prioritize regimens that are simple, safe, and compatible with the patient's functional capacity. It is concluded that care for older adults with diabetes should be person-centered, with glycated hemoglobin targets adjusted according to functionality, frailty, cognition, and life expectancy, aiming to preserve autonomy, quality of life, and clinical safety.

Keywords: Diabetes mellitus; Older adults; Frailty; Hypoglycemia; Comprehensive care.

1 INTRODUÇÃO

O processo de transição demográfica observado nas últimas décadas resultou em aumento substancial da população idosa em praticamente todos os continentes. Esse fenômeno ocorre paralelamente à expansão das doenças crônicas não transmissíveis, que se tornaram as principais causas de morbidade e mortalidade no mundo contemporâneo. Entre essas enfermidades, o diabetes mellitus tipo 2 ocupa posição de destaque por sua elevada prevalência, custos assistenciais e impacto funcional. Segundo o *IDF Diabetes Atlas*, o número de pessoas com diabetes acima de 65 anos cresce de forma contínua, refletindo maior expectativa de vida, urbanização, sedentarismo e mudanças alimentares (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2021). No Brasil, esse cenário acompanha a rápida transição etária nacional e a consolidação de um perfil epidemiológico marcado pela coexistência entre envelhecimento e doenças metabólicas crônicas. Dessa forma, compreender o diabetes no idoso tornou-se prioridade clínica, acadêmica e sanitária.

Entretanto, o diabetes na velhice não deve ser interpretado apenas como continuidade do diabetes do adulto jovem. Trata-se de condição marcada por grande heterogeneidade clínica, pois indivíduos da mesma faixa etária podem apresentar níveis muito distintos de funcionalidade, cognição, reserva fisiológica e expectativa de vida. Enquanto alguns idosos permanecem independentes e ativos, outros convivem com fragilidade, demência, incapacidade funcional e múltiplas comorbidades. Além disso, o tratamento frequentemente ocorre em contexto de polifarmácia, maior vulnerabilidade a eventos adversos e limitações para autocuidado. Por esse motivo, diretrizes nacionais e internacionais recomendam abordagem centrada

na pessoa, com metas terapêuticas individualizadas e ênfase na prevenção de hipoglicemia, manutenção da autonomia e qualidade de vida (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2024; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2024). O presente capítulo analisa os principais fundamentos fisiopatológicos e clínicos do tema, discutindo estratégias práticas para cuidado integral do idoso com diabetes.

2 FISIOPATOLOGIA E PARTICULARIDADES DO DM NO ENVELHECIMENTO

O envelhecimento promove alterações fisiológicas que favorecem o surgimento e a progressão do diabetes mellitus tipo 2. Entre essas modificações, destaca-se a resistência à insulina, frequentemente relacionada ao aumento da gordura visceral, redução da atividade física habitual, inflamação crônica de baixo grau e alterações hormonais próprias da senescência. Paralelamente, observa-se declínio gradual da função das células beta pancreáticas, o que reduz a capacidade de compensação metabólica diante da resistência periférica à insulina. Tais processos explicam, em parte, a maior prevalência de intolerância à glicose e diabetes em faixas etárias avançadas. Além disso, idosos apresentam maior variabilidade glicêmica e resposta contrarregulatória menos eficiente, condição que aumenta risco de hipoglicemia durante o tratamento (KIRKMAN et al., 2012; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2024). Assim, a fisiopatologia do DM no envelhecimento combina mecanismos metabólicos, hormonais e funcionais interdependentes.

A sarcopenia representa elemento central nesse contexto. A musculatura esquelética é um dos principais tecidos responsáveis pela captação periférica de glicose estimulada pela insulina; portanto, a redução progressiva de massa e força muscular contribui diretamente para piora metabólica. Simultaneamente, a hiperglicemia crônica e as complicações do diabetes aceleram a perda muscular por mecanismos inflamatórios, neuropáticos e vasculares, estabelecendo ciclo bidirecional entre sarcopenia e descontrole glicêmico. Esse processo associa-se ainda a lentificação da marcha, quedas, incapacidade funcional e fragilidade. Em idosos, portanto, controlar o diabetes não significa apenas reduzir glicemia, mas também preservar composição corporal e desempenho físico (MORLEY, 2008; SINCLAIR et al., 2020). Tal perspectiva amplia o enfoque tradicional do tratamento e reforça a necessidade de estratégias preventivas precoces.

Outro aspecto relevante refere-se à relação entre diabetes, cérebro e cognição. Estudos observacionais demonstraram maior risco de declínio cognitivo e demência entre pessoas com diabetes, especialmente em idades avançadas (CUKIERMAN; GERSTEIN; WILLIAMSON, 2005). Entre os mecanismos propostos incluem-se doença microvascular cerebral, resistência insulínica no sistema nervoso central, estresse oxidativo, inflamação sistêmica e episódios recorrentes de hipoglicemia. Na prática clínica, isso se traduz em dificuldade de adesão ao tratamento, erros de dose medicamentosa, incapacidade para monitorização glicêmica e menor reconhecimento de sintomas. Soma-se a isso a frequência aumentada de

síndromes geriátricas, como quedas, delírium, incontinência e depressão, que interagem com o diabetes e agravam prognóstico. Dessa forma, o DM no idoso deve ser compreendido como condição sistêmica complexa, e não apenas como distúrbio metabólico isolado.

3 AVALIAÇÃO GLOBAL DO IDOSO DIABÉTICO

A avaliação do idoso com diabetes deve ultrapassar o modelo tradicional centrado exclusivamente em exames laboratoriais e parâmetros glicêmicos. Nesse cenário, a Avaliação Geriátrica Ampla (AGA) constitui ferramenta essencial por investigar, de forma multidimensional, aspectos clínicos, funcionais, cognitivos, emocionais e sociais. Mais importante que a idade cronológica é a idade funcional, isto é, a capacidade real do indivíduo de manter autonomia e independência em suas atividades cotidianas. Assim, recomenda-se investigar desempenho em atividades básicas de vida diária, como banho, vestir-se e alimentação, bem como atividades instrumentais, como uso de transporte, preparo de refeições, finanças e manejo de medicamentos. Redução funcional pode indicar necessidade de simplificação terapêutica, reabilitação ou suporte familiar adicional (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2024). Trata-se, portanto, de etapa decisiva para planejamento individualizado do cuidado.

A fragilidade merece atenção especial, pois corresponde a estado biológico de vulnerabilidade aumentada frente a estressores clínicos aparentemente menores. Idosos frágeis apresentam maior risco de hospitalização, quedas, dependência e mortalidade, o que modifica prioridades terapêuticas. Nesses casos, estratégias excessivamente agressivas de controle glicêmico podem produzir mais danos do que benefícios, especialmente quando elevam risco de hipoglicemia. Diretrizes atuais recomendam incorporar a fragilidade à definição das metas glicêmicas e à escolha farmacológica, privilegiando segurança e manutenção funcional (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2024; SINCLAIR et al., 2020). Além disso, rastreamento cognitivo e avaliação do humor são indispensáveis, uma vez que déficit cognitivo e depressão associam-se a menor adesão terapêutica, pior autocuidado e maior risco de descompensações metabólicas.

Outro eixo fundamental da avaliação global é a análise da polifarmácia e do contexto social. A coexistência de hipertensão arterial, dislipidemia, osteoartrose, insuficiência cardíaca, depressão e outras doenças crônicas torna comum o uso simultâneo de múltiplos medicamentos. No Brasil, polifarmácia e polimorbidade representam importante desafio sanitário, elevando risco de interações medicamentosas, efeitos adversos e iatrogenias (RAMOS et al., 2016). Dessa forma, a revisão periódica da prescrição, com possibilidade de desprescrição, é medida central no cuidado geriátrico. Paralelamente, fatores como renda, alfabetização em saúde, moradia e rede de apoio influenciam diretamente a efetividade do plano terapêutico. Um esquema ideal em teoria pode fracassar completamente se não for compatível com a realidade social do paciente. Assim, a avaliação global permite substituir condutas padronizadas por decisões clinicamente realistas e humanizadas.

4 PREVENÇÃO E MANEJO DE COMPLICAÇÕES

As complicações microvasculares permanecem altamente relevantes no idoso com diabetes, embora sua apresentação seja frequentemente influenciada pelo tempo de doença e pela coexistência de outras condições relacionadas ao envelhecimento. A retinopatia diabética pode somar-se a catarata, glaucoma e degeneração macular, ampliando risco de perda visual e dependência funcional. Já a doença renal diabética assume importância particular porque a senescência naturalmente cursa com redução progressiva da taxa de filtração glomerular, o que exige ajustes medicamentosos e vigilância contínua. A neuropatia periférica, por sua vez, associa-se a dor crônica, perda de sensibilidade protetora, instabilidade postural e maior risco de lesões nos pés. Nesse contexto, inspeção periódica dos pés, educação em autocuidado e acompanhamento multiprofissional tornam-se medidas essenciais (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2024). Portanto, prevenir complicações microvasculares continua sendo objetivo prioritário mesmo em idades avançadas.

As complicações macrovasculares representam importante causa de morbimortalidade em idosos diabéticos. Infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral e insuficiência cardíaca respondem por parcela expressiva das internações e mortes nessa população. Evidências mostram que o controle pressórico, o manejo lipídico, a cessação do tabagismo e a prática regular de atividade física podem produzir benefício tão ou mais relevante que a intensificação glicêmica isolada. Estudo envolvendo idosos com diabetes demonstrou que taxas de complicações e mortalidade variam conforme idade, comorbidades e estado funcional, reforçando a necessidade de metas terapêuticas realistas e centradas na qualidade de vida (HUANG et al., 2014). Dessa forma, a prevenção cardiovascular no idoso diabético exige abordagem multifatorial e não apenas redução da glicose sanguínea.

A hipoglicemia merece destaque como uma das complicações agudas mais graves nessa faixa etária. Em idosos, os sintomas autonômicos podem ser discretos ou ausentes, enquanto manifestações neuroglicopênicas, como confusão mental, sonolência, alteração comportamental e quedas, tornam-se mais frequentes. Episódios hipoglicêmicos associam-se a arritmias, eventos cardiovasculares, fraturas, delirium e declínio cognitivo subsequente. Sulfonilureias e esquemas complexos com insulina figuram entre os principais fatores precipitantes. Por esse motivo, diretrizes recomendam evitar terapias de maior risco sempre que possível, especialmente em idosos frágeis, institucionalizados ou dependentes (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2024). A prevenção de quedas também deve integrar o cuidado, mediante fortalecimento muscular, revisão medicamentosa, correção visual e adaptação ambiental.

5 ESTRATÉGIAS TERAPÊUTICAS NÃO FARMACOLÓGICAS E FARMACOLÓGICAS

As intervenções não farmacológicas permanecem pilares do tratamento do diabetes no idoso e devem ser adaptadas à realidade clínica e funcional de cada paciente. A terapia nutricional precisa equilibrar controle glicêmico e prevenção de desnutrição, uma vez que restrições alimentares excessivas podem agravar perda de peso e sarcopenia. Recomenda-se plano alimentar individualizado, culturalmente compatível e sustentável no longo prazo. Em idosos frágeis, preservar massa muscular e manter ingestão proteico-calórica adequada frequentemente é prioridade superior à perda ponderal agressiva. O exercício físico também desempenha papel central, especialmente quando combina atividades aeróbicas, treinamento resistido, exercícios de equilíbrio e flexibilidade. Tal estratégia melhora sensibilidade à insulina, força muscular, capacidade funcional e risco de quedas (KIRKMAN et al., 2012; MORLEY, 2008). Assim, alimentação e movimento constituem intervenções terapêuticas de alto valor clínico.

A individualização das metas glicêmicas representa princípio fundamental do manejo moderno. A hemoglobina glicada (HbA1c) segue como importante marcador de controle metabólico, porém sua interpretação deve considerar funcionalidade, comorbidades, cognição e expectativa de vida. Idosos saudáveis, independentes e cognitivamente preservados podem adotar metas mais próximas às utilizadas em adultos jovens, geralmente entre 7,0% e 7,5%. Em contraste, indivíduos com múltiplas doenças crônicas ou comprometimento funcional moderado tendem a beneficiar-se de metas intermediárias, como HbA1c inferior a 8,0%. Já idosos frágeis, dependentes ou com demência avançada costumam requerer objetivos menos rigorosos, frequentemente até 8,5%, priorizando evitar hipoglicemia e sintomas de hiperglicemia (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2024; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2024). Essa flexibilização baseia-se no balanço entre riscos imediatos e benefícios de longo prazo.

No tratamento farmacológico, a escolha dos agentes deve considerar função renal, risco hipoglicêmico, custo, cognição e capacidade prática de manejo. A metformina permanece opção frequente quando tolerada e em presença de função renal compatível. Inibidores da DPP-4 apresentam perfil seguro e baixo risco de hipoglicemia, sendo úteis em idosos mais vulneráveis. Agonistas do receptor de GLP-1 e inibidores de SGLT2 podem oferecer benefícios cardiovasculares e renais em pacientes selecionados, embora exijam atenção para efeitos adversos como perda ponderal excessiva, desidratação ou intolerância gastrointestinal. Sulfonilureias devem ser usadas com cautela pelo risco hipoglicêmico, enquanto a insulino terapia deve privilegiar regimes simplificados e factíveis. Sempre que necessário, a desprescrição ou simplificação terapêutica deve ser considerada como estratégia legítima de cuidado.

6 ESTRATÉGIAS PARA ABORDAGEM DO PACIENTE IDOSO COM DIABETES MELLITUS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A Atenção Primária à Saúde (APS) representa o principal ponto de entrada e coordenação do cuidado ao idoso com diabetes mellitus, sendo estratégica para diagnóstico precoce, acompanhamento longitudinal e prevenção de complicações. Nesse nível assistencial, a abordagem deve iniciar-se por escuta qualificada, construção de vínculo terapêutico e identificação das necessidades clínicas, funcionais e sociais do paciente. A consulta deve contemplar avaliação de sintomas, controle glicêmico, presença de comorbidades, uso de medicamentos e hábitos de vida. Também é fundamental investigar limitações para autocuidado, como baixa escolaridade em saúde, déficit visual, dificuldade motora ou ausência de cuidador. Diretrizes atuais reforçam que o manejo do diabetes em idosos deve ser individualizado e centrado na pessoa, considerando funcionalidade e expectativa de vida, e não apenas parâmetros laboratoriais isolados (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2024; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2024).

Outro eixo essencial da atuação na APS consiste no monitoramento contínuo e estratificação de risco. A equipe de saúde deve realizar acompanhamento periódico da pressão arterial, peso, função renal, exame dos pés, vacinação, rastreio de retinopatia e avaliação de sinais de fragilidade. O reconhecimento precoce de neuropatia periférica, insuficiência renal, episódios de hipoglicemia e declínio cognitivo permite intervenção oportuna e redução de hospitalizações evitáveis. Além disso, a revisão sistemática da prescrição medicamentosa torna-se indispensável diante da elevada frequência de polifarmácia entre idosos, condição associada a interações medicamentosas e eventos adversos (RAMOS et al., 2016). Nesse contexto, a APS deve priorizar esquemas terapêuticos simples, seguros e viáveis para a rotina do paciente, articulando encaminhamentos quando necessário.

Por fim, a APS possui papel decisivo em ações educativas e promoção da autonomia. Estratégias como grupos operativos, visitas domiciliares, educação alimentar, incentivo à atividade física adaptada e orientação familiar contribuem para melhor adesão terapêutica e manutenção da capacidade funcional. O cuidado compartilhado entre médico, enfermeiro, nutricionista, farmacêutico e agentes comunitários fortalece a integralidade assistencial. Em idosos frágeis ou dependentes, metas glicêmicas menos rigorosas podem ser mais adequadas, priorizando prevenção de hipoglicemia e qualidade de vida (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2024). Assim, a APS deve atuar como espaço de cuidado contínuo, humanizado e resolutivo, capaz de integrar prevenção, tratamento e reabilitação no manejo do diabetes mellitus na velhice.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O diabetes mellitus no idoso constitui condição clínica complexa, marcada por ampla heterogeneidade biológica, funcional e social. Seu manejo adequado exige superação do modelo centrado

exclusivamente em números glicêmicos, incorporando avaliação funcional, fragilidade, cognição, polifarmácia e preferências individuais. Em idosos robustos, metas metabólicas mais rigorosas podem ser apropriadas; em contrapartida, idosos frágeis ou dependentes se beneficiam de objetivos menos estritos, priorizando segurança e prevenção de hipoglicemia. Além do tratamento farmacológico, nutrição adequada, exercício físico, prevenção de quedas e revisão periódica da prescrição são pilares indispensáveis. O futuro do cuidado ao idoso diabético aponta para modelos assistenciais integrados, interdisciplinares e personalizados, capazes de promover longevidade acompanhada de autonomia, dignidade e qualidade de vida.

REREFEÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. 13. Older adults: Standards of Care in Diabetes—2024. *Diabetes Care*, Alexandria, v. 47, supl. 1, p. S279-S290, 2024.

BIESSELS, G. J. et al. Risk of dementia in diabetes mellitus: a systematic review. *The Lancet Neurology*, London, v. 5, n. 1, p. 64-74, 2006.

CUKIERMAN, T.; GERSTEIN, H. C.; WILLIAMSON, J. D. Cognitive decline and dementia in diabetes—systematic overview of prospective observational studies. *Diabetologia*, Berlin, v. 48, n. 12, p. 2460-2469, 2005.

HUANG, E. S. et al. Rates of complications and mortality in older patients with diabetes mellitus: the diabetes and aging study. *JAMA Internal Medicine*, Chicago, v. 174, n. 2, p. 251-258, 2014.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. *IDF Diabetes Atlas*. 10. ed. Brussels: International Diabetes Federation, 2021.

KIRKMAN, M. S. et al. Diabetes in older adults. *Diabetes Care*, Alexandria, v. 35, n. 12, p. 2650-2664, 2012.

MENEILLY, G. S.; KNIP, A. M.; TESSIER, D. Diabetes in the elderly. *Canadian Journal of Diabetes*, Ottawa, v. 37, supl. 1, p. S184-S190, 2013.

MORLEY, J. E. Diabetes, sarcopenia, and frailty. *Clinics in Geriatric Medicine*, Philadelphia, v. 24, n. 3, p. 455-469, 2008.

RAMOS, L. R. et al. Polifarmácia e polimorbidade em idosos no Brasil: um desafio em saúde pública. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 50, supl. 2, p. 9s, 2016.


SINCLAIR, A. et al. Diabetes and frailty: an expert consensus statement on the management of older adults with type 2 diabetes. *Diabetes Therapy*, London, v. 11, p. 2463-2495, 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. *Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2023-2024*. São Paulo: Clannad, 2024.

CAPÍTULO 5

A EPIDEMIA DA OBESIDADE NO SÉCULO XXI: FISIOPATOLOGIA, DESAFIOS CLÍNICOS E NOVAS FRONTEIRAS TERAPÊUTICAS

THE OBESITY EPIDEMIC IN THE 21ST CENTURY: PATHOPHYSIOLOGY, CLINICAL CHALLENGES, AND NEW THERAPEUTIC FRONTIERS

 <https://doi.org/10.63330/livroautoral502026-005>

Vitor de Franco Gomes Filgueira

Acadêmico de Medicina
Centro Universitário de Goiatuba (Unicerrado)
E-mail: vitordf97@gmail.com

Nicole Segnor Sauer

Acadêmica de Medicina
Centro Universitário Alfredo Nasser (UNIFAN)
E-mail: nicole.segnor.sauer@gmail.com

Isabelle Arruda Leão Oliveira

Acadêmica de Medicina
Centro Universitário de Goiatuba (Unicerrado)
E-mail: isabellearrudaleao@gmail.com.

Lucas de Souza Moreira Santos

Acadêmico de Medicina
Centro Universitário de Mineiros (UNIFIMES)
E-mail: lucaspwmagnus@hotmail.com

Maria Júlia Franco de Lima Guimarães

Acadêmica de Medicina
Centro Universitário Alfredo Nasser (UNIFAN)
E-mail: mj.francolimagui@gmail.com

Mariana Quirino Campos Araújo

Acadêmica de Medicina
Centro Universitário Alfredo Nasser
E-mail: marianaquirinoc@hotmail.com

Vinícius Soares Mendes Rodrigues

Acadêmico de Medicina
Centro Universitário de Mineiros (UNIFIMES)
E-mail: vini03122002@gmail.com

Ronan Santiago Campos Luíz

Acadêmico de Medicina
Centro Universitário Alfredo Nasser (UNIFAN)
E-mail: ronan_scl@hotmail.com.

RESUMO

A obesidade consolidou-se como uma das principais emergências sanitárias do século XXI, associando-se ao aumento da morbimortalidade cardiovascular, metabólica e funcional. O crescimento contínuo da prevalência decorre da interação entre fatores genéticos, ambientais, comportamentais e socioeconômicos. No Brasil, inquéritos populacionais demonstram expansão sustentada do excesso de peso e da obesidade nas últimas décadas. Em escala global, projeções indicam elevação expressiva do número de adultos vivendo com obesidade até 2035. Do ponto de vista fisiopatológico, o tecido adiposo hipertrofiado atua como órgão endócrino disfuncional, produzindo citocinas pró-inflamatórias e favorecendo resistência à insulina. Esse estado inflamatório crônico de baixo grau contribui para diabetes tipo 2, doença hepática gordurosa associada à disfunção metabólica e aterosclerose. Paralelamente, reconhece-se crescente relevância clínica da obesidade sarcopênica, especialmente em idosos, condição marcada por excesso adiposo e redução de massa e força muscular. Nas últimas décadas, o tratamento evoluiu substancialmente com o surgimento de terapias farmacológicas baseadas em incretinas, como agonistas do receptor de GLP-1 e agonistas duplos GLP-1/GIP. Esses agentes promovem perda ponderal robusta, melhora glicêmica e redução de fatores cardiometabólicos. Contudo, o manejo moderno exige abordagem multiprofissional, preservação da massa magra, mudanças sustentáveis do estilo de vida e estratégias individualizadas. Este capítulo discute a fisiopatologia, os desafios clínicos e as novas fronteiras terapêuticas da epidemia de obesidade contemporânea.

Palavras-chave: Obesidade; Inflamação metabólica; GLP-1; Sarcopenia; Saúde pública.

ABSTRACT

Obesity has established itself as one of the major public health emergencies of the 21st century, linked to increased cardiovascular, metabolic, and functional morbidity and mortality. The continued rise in prevalence stems from the interaction between genetic, environmental, behavioral, and socioeconomic factors. In Brazil, population-based surveys show a sustained increase in overweight and obesity over the past few decades. On a global scale, projections indicate a significant increase in the number of adults living with obesity by 2035. From a pathophysiological perspective, hypertrophied adipose tissue acts as a dysfunctional endocrine organ, producing pro-inflammatory cytokines and promoting insulin resistance. This chronic low-grade inflammatory state contributes to type 2 diabetes, fatty liver disease associated with

metabolic dysfunction, and atherosclerosis. Concurrently, the growing clinical relevance of sarcopenic obesity is recognized, especially in the elderly, a condition characterized by excess fat and reduced muscle mass and strength. In recent decades, treatment has evolved substantially with the emergence of incretin-based pharmacological therapies, such as GLP-1 receptor agonists and dual GLP-1/GIP agonists. These agents promote substantial weight loss, improved glycemic control, and a reduction in cardiometabolic risk factors. However, modern management requires a multidisciplinary approach, preservation of lean body mass, sustainable lifestyle changes, and individualized strategies. This chapter discusses the pathophysiology, clinical challenges, and new therapeutic frontiers of the contemporary obesity epidemic.

Keywords: Obesity; Metabolic inflammation; GLP-1; Sarcopenia; Public health.

1 INTRODUÇÃO

A obesidade é atualmente reconhecida como doença crônica complexa, progressiva e recidivante, caracterizada pelo excesso de adiposidade com repercussões clínicas relevantes (ABESO, 2024; BRAY et al., 2024). Sua compreensão moderna ultrapassa a visão simplista baseada apenas em consumo calórico excessivo. Fatores genéticos, neuroendócrinos, psicológicos, ambientais e sociais interagem continuamente na determinação do risco individual. Dessa forma, o aumento de peso não pode ser explicado por escolhas pessoais isoladas. A literatura contemporânea destaca que a regulação energética envolve mecanismos biológicos sofisticados. Entre eles estão hormônios intestinais, circuitos hipotalâmicos e respostas adaptativas ao emagrecimento. Tal complexidade justifica abordagem clínica longitudinal. Assim, a obesidade deve ser tratada como doença e não como falha moral. Esse entendimento modifica estratégias assistenciais e educacionais.

Nas últimas décadas, a urbanização acelerada alterou intensamente o padrão de vida da população mundial (WHO, 2024; WORLD OBESITY FEDERATION, 2024). Houve aumento do consumo de alimentos ultraprocessados, refeições prontas e bebidas calóricas. Paralelamente, ocorreu redução progressiva da atividade física ocupacional e recreativa. Ambientes urbanos com pouca mobilidade ativa também contribuíram para o sedentarismo. A privação de sono e o estresse crônico agravam esse cenário metabólico. Em muitos países, alimentos saudáveis apresentam maior custo relativo. Isso dificulta escolhas adequadas em populações vulneráveis. O resultado é a formação de ambientes obesogênicos persistentes. Tais fatores explicam parte importante da epidemia contemporânea.

As repercussões clínicas da obesidade são amplas e multissistêmicas (ABESO, 2024; BRAY et al., 2024). Entre as principais associações destacam-se diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial e dislipidemia. Também há maior risco de apneia obstrutiva do sono e doença cardiovascular aterosclerótica. No sistema musculoesquelético, observa-se aumento de osteoartrite e limitações funcionais. Na esfera

reprodutiva, podem ocorrer infertilidade e complicações gestacionais. Transtornos psíquicos e estigma social agravam a qualidade de vida. Alguns tipos de câncer apresentam maior incidência em pessoas com obesidade. Portanto, trata-se de condição sistêmica de alto impacto. O cuidado clínico deve considerar todas essas interfaces.

No Brasil, os dados epidemiológicos reforçam a magnitude do problema sanitário (BRASIL, 2024; ABESO, 2024). O sistema Vigitel demonstra aumento contínuo do excesso de peso entre adultos nas capitais. A tendência acompanha mudanças nutricionais e urbanização acelerada. Observam-se diferenças segundo sexo, idade e escolaridade. Regiões distintas do país compartilham crescimento consistente das prevalências. Esse cenário amplia a demanda por atenção primária resolutive. Também aumenta internações e custos assistenciais relacionados às comorbidades. A prevenção populacional torna-se prioridade estratégica. Sem intervenção ampla, a carga de doença tende a crescer.

Ao mesmo tempo, ocorreu expressiva evolução terapêutica no manejo clínico da obesidade (MOREIRA et al., 2024; SBEM, 2024). Novos medicamentos incretínicos passaram a oferecer reduções ponderais substanciais. Em alguns casos, os resultados aproximam-se daqueles observados em estratégias invasivas. Além da perda de peso, há melhora glicêmica e cardiometabólica. Isso ampliou o interesse científico e clínico pela farmacoterapia moderna. Contudo, tais recursos exigem indicação adequada e seguimento regular. O custo ainda limita o acesso em muitos contextos. A adesão depende de educação em saúde e suporte multiprofissional. Logo, inovação terapêutica não elimina desafios estruturais.

Diante desse contexto, torna-se essencial revisar criticamente os fundamentos atuais da doença (HALPERN et al., 2024; WORLD OBESITY FEDERATION, 2024). A compreensão integrada entre epidemiologia, fisiopatologia e tratamento qualifica a prática clínica. Também subsidia formulação de políticas públicas mais efetivas. Profissionais de saúde necessitam atualização constante frente aos avanços recentes. Estudantes devem compreender a obesidade como tema transversal na medicina moderna. O presente capítulo organiza os principais conceitos contemporâneos. Serão discutidos mecanismos inflamatórios, terapias inovadoras e envelhecimento. Também serão abordados dados populacionais relevantes. Busca-se oferecer base científica sólida e aplicável.

2 PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO NO BRASIL E NO MUNDO

A obesidade alcançou proporções epidêmicas e tornou-se um dos maiores desafios de saúde pública contemporâneos (WHO, 2024; WORLD OBESITY FEDERATION, 2024). O aumento da prevalência ocorre em países desenvolvidos e em desenvolvimento, demonstrando caráter global e multifatorial. Mudanças no padrão alimentar, sedentarismo e urbanização acelerada participam desse processo. Além disso, desigualdades sociais influenciam acesso à alimentação saudável e oportunidades de atividade física. O impacto não se restringe ao peso corporal, envolvendo maior carga de doenças crônicas. Sistemas de

saúde enfrentam crescente demanda assistencial relacionada às complicações metabólicas. A produtividade econômica também sofre perdas importantes. Por isso, a obesidade ultrapassa a esfera individual e assume dimensão coletiva. Trata-se de fenômeno sanitário persistente e progressivo.

As projeções internacionais indicam manutenção dessa tendência nas próximas décadas (WORLD OBESITY FEDERATION, 2024; WHO, 2024). Estima-se expansão expressiva do número de adultos e crianças vivendo com excesso de peso. Em regiões urbanizadas rapidamente, a velocidade de crescimento tende a ser ainda maior. Países de renda média concentram parcela crescente dessa carga epidemiológica. O avanço simultâneo da obesidade e do diabetes amplia preocupação global. Ademais, populações jovens começam a apresentar doenças antes típicas da meia-idade. Isso modifica o perfil de morbimortalidade futura. Intervenções precoces tornam-se estratégicas. Sem ações consistentes, os custos sociais continuarão ascendentes.

No Brasil, o cenário acompanha a tendência observada internacionalmente (BRASIL, 2024; ABESO, 2024). O Vigitel demonstrou aumento sustentado do excesso de peso e da obesidade entre adultos nas capitais. As prevalências variam conforme faixa etária, escolaridade e sexo. Entretanto, praticamente todas as regiões apresentam crescimento relevante. A transição nutricional brasileira contribuiu para esse processo. Houve substituição progressiva de alimentos in natura por produtos ultraprocessados. Paralelamente, a rotina urbana reduziu níveis habituais de atividade física. O resultado é maior exposição populacional ao risco metabólico. A obesidade consolida-se como problema nacional prioritário.

Entre adultos mais velhos, observa-se associação entre envelhecimento populacional e aumento do excesso adiposo (BRASIL, 2024; ADA, 2024). A redução do gasto energético e alterações hormonais contribuem para esse quadro. Em mulheres, menopausa e redistribuição de gordura merecem atenção clínica especial. Em homens, perda progressiva de massa magra também influencia composição corporal. Assim, idade cronológica modifica apresentação e riscos da obesidade. O manejo precisa considerar funcionalidade e comorbidades associadas. Estratégias uniformes tendem a falhar nesse contexto. A avaliação individualizada torna-se indispensável. O envelhecimento populacional amplia a relevância desse debate.

A obesidade infantil merece destaque pela capacidade de perpetuar o ciclo epidemiológico (WHO, 2024; ABESO, 2024). Crianças com excesso de peso possuem maior probabilidade de manter obesidade na vida adulta. Além disso, podem desenvolver precocemente resistência à insulina e alterações cardiovasculares. O ambiente escolar e familiar exerce influência decisiva nesse processo. Publicidade alimentar inadequada agrava escolhas pouco saudáveis. O tempo excessivo em telas reduz gasto energético diário. Medidas preventivas precisam começar nos primeiros anos de vida. Ações tardias apresentam menor impacto cumulativo. Portanto, infância é janela estratégica de intervenção.

Diante desse panorama, respostas exclusivamente individuais mostram-se insuficientes (WORLD OBESITY FEDERATION, 2024; ABESO, 2024). É necessário integrar vigilância epidemiológica, educação alimentar e promoção de atividade física. Políticas fiscais e regulatórias podem modificar ambientes obesogênicos. A atenção primária deve rastrear precocemente fatores de risco. Serviços especializados precisam atender casos complexos e refratários. Além disso, campanhas públicas devem combater estigma e desinformação. O monitoramento contínuo orienta decisões sanitárias mais precisas. A articulação entre setores é essencial para resultados sustentáveis. Somente estratégias amplas poderão conter a progressão da epidemia.

3 FISIOPATOLOGIA DA INFLAMAÇÃO CRÔNICA DE BAIXO GRAU

A obesidade envolve importante desregulação metabólica e imunológica além do simples acúmulo energético (BELENTANI, 2025; BRAY et al., 2024). O tecido adiposo funciona como órgão endócrino ativo capaz de secretar múltiplos mediadores. Em condições fisiológicas, participa do equilíbrio energético e hormonal. Contudo, com expansão excessiva, sua função torna-se progressivamente disfuncional. O aumento do volume adipocitário favorece estresse celular e hipóxia local. Esse ambiente desencadeia respostas inflamatórias persistentes. Assim, a adiposidade excessiva transforma-se em fonte sistêmica de dano metabólico. A obesidade passa a ser entendida como doença inflamatória crônica. Tal conceito mudou profundamente a terapêutica moderna.

Durante a expansão do tecido adiposo, ocorre recrutamento de células imunes para a matriz local (BELENTANI, 2025; ABESO, 2024). Macrófagos assumem perfil pró-inflamatório e intensificam liberação de citocinas. Entre os mediadores envolvidos destacam-se TNF-alfa e interleucina-6. Essas substâncias interferem negativamente na sinalização insulínica. Também perpetuam inflamação sistêmica de baixa intensidade. Diferentemente de infecções agudas, trata-se de processo silencioso e prolongado. Seus efeitos acumulam-se ao longo dos anos. Isso ajuda a explicar progressão lenta das comorbidades metabólicas. O diagnóstico precoce torna-se relevante.

Como consequência direta, fígado, músculo esquelético e tecido adiposo tornam-se menos sensíveis à insulina (BRAY et al., 2024; BELENTANI, 2025). O organismo responde inicialmente com hiperinsulinemia compensatória. Com o tempo, instala-se intolerância à glicose e diabetes tipo 2. No fígado, aumenta produção de glicose e deposição lipídica. No músculo, reduz-se captação periférica de glicose. Essas alterações comprometem homeostase energética global. O risco cardiometabólico cresce progressivamente. Pequenos ganhos ponderais sustentados podem acelerar esse percurso. A intervenção precoce modifica essa trajetória.

Além do metabolismo glicídico, a inflamação afeta diretamente o sistema cardiovascular (BRAY et al., 2024; WHO, 2024). Citocinas e lipotoxicidade favorecem disfunção endotelial persistente. Ocorre

maior propensão à aterosclerose e trombose. Associam-se ainda hipertensão arterial e remodelamento vascular. Em conjunto, esses mecanismos elevam eventos coronarianos e cerebrovasculares. A obesidade deixa de ser fator estético para assumir natureza clínica grave. O risco depende também da duração da exposição metabólica. Quanto mais precoce o início, maior a carga cumulativa. Isso reforça necessidade de prevenção desde cedo.

A distribuição regional da gordura influencia intensidade dessas alterações fisiopatológicas (ABESO, 2024; BRAY et al., 2024). A adiposidade visceral apresenta relação mais forte com resistência insulínica. Isso ocorre por maior atividade lipolítica e drenagem portal de ácidos graxos. Já a gordura subcutânea periférica tende a menor impacto metabólico relativo. Portanto, indivíduos com mesmo IMC podem apresentar riscos distintos. Medidas como circunferência abdominal ganham importância clínica. A composição corporal supera a interpretação isolada do peso. Essa nuance qualifica decisões diagnósticas e terapêuticas. Avaliação antropométrica adequada é indispensável.

Compreender esses mecanismos explica por que emagrecer é biologicamente difícil (HALPERN et al., 2024; ABESO, 2024). Após perda ponderal, o organismo ativa respostas adaptativas poupadoras de energia. Há aumento da fome e redução do gasto energético basal. Hormônios reguladores do apetite sofrem alterações compensatórias. Isso favorece reganho de peso após intervenções isoladas. Portanto, a obesidade exige cuidado contínuo e multifatorial. Tratamentos modernos procuram atuar justamente nesses circuitos biológicos. A visão moralizante torna-se cientificamente inadequada. O conhecimento fisiopatológico fundamenta melhor prática clínica.

4 NOVAS TERAPIAS FARMACOLÓGICAS: GLP-1 E GIP

O tratamento farmacológico da obesidade evoluiu intensamente nos últimos anos (MOREIRA et al., 2024; SBEM, 2024). Diretrizes atuais recomendam medicamentos para pacientes com indicação clínica apropriada. Isso inclui presença de obesidade estabelecida ou excesso de peso com comorbidades. O objetivo não se limita à estética corporal. Busca-se reduzir risco cardiometabólico e melhorar qualidade de vida. A farmacoterapia complementa mudanças alimentares e atividade física estruturada. Em muitos casos, permite resultados antes difíceis de alcançar. Dessa forma, ampliou-se o arsenal terapêutico disponível. O manejo tornou-se mais preciso e individualizado.

Entre os principais avanços estão os agonistas do receptor de GLP-1 (MOREIRA et al., 2024; WILDING et al., 2021). Esses fármacos aumentam saciedade por ação central e intestinal. Também retardam esvaziamento gástrico, reduzindo ingestão calórica espontânea. Em indivíduos com diabetes, melhoram secreção insulínica dependente da glicose. O conjunto desses efeitos favorece perda ponderal consistente. Ademais, há melhora de marcadores metabólicos relevantes. A adesão costuma ser favorecida

por posologias semanais em alguns casos. Isso representou marco importante no tratamento clínico. A endocrinologia entrou em nova fase terapêutica.

A semaglutida semanal destacou-se em ensaios clínicos robustos (WILDING et al., 2021; HALPERN et al., 2024). Estudos demonstraram reduções significativas do peso corporal médio. Também ocorreram melhoras em circunferência abdominal e pressão arterial. Parâmetros glicêmicos e inflamatórios igualmente evoluíram favoravelmente. Esses resultados aproximaram a farmacoterapia de magnitudes antes vistas em procedimentos invasivos. Conseqüentemente, aumentou o interesse por tratamento medicamentoso precoce. Muitos protocolos internacionais incorporaram essa evidência. O seguimento clínico, porém, continua indispensável. Resultados dependem de adesão sustentada.

Mais recentemente, surgiram agonistas duplos envolvendo GLP-1 e GIP (MOREIRA et al., 2024; HALPERN et al., 2024). A ação combinada potencializa mecanismos reguladores do apetite e metabolismo. Estudos iniciais sugerem perdas ponderais ainda mais expressivas. Há também benefícios sobre glicemia e parâmetros cardiometabólicos. Essa classe amplia perspectivas futuras do tratamento personalizado. Pacientes com perfis distintos poderão responder melhor a moléculas específicas. A medicina da obesidade torna-se progressivamente mais sofisticada. Contudo, comparação de longo prazo ainda requer acompanhamento contínuo. Novas evidências seguem em construção.

Apesar dos benefícios, efeitos adversos precisam ser considerados clinicamente (SBEM, 2024; MOREIRA et al., 2024). Náuseas, vômitos, constipação e desconforto gastrointestinal são os eventos mais comuns. Em geral, a titulação gradual reduz intensidade desses sintomas. Educação nutricional também auxilia tolerabilidade. O acompanhamento médico permite ajustes seguros e individualizados. Contraindicações específicas devem ser observadas conforme cada molécula. Portanto, prescrição responsável é condição essencial. O entusiasmo terapêutico não substitui prudência clínica. Segurança permanece eixo central do tratamento.

Mesmo com medicamentos eficazes, a obesidade continua sendo doença crônica recidivante (ABESO, 2024; BRAY et al., 2024). A suspensão terapêutica pode levar ao reganho ponderal em parte dos casos. Isso reflete mecanismos biológicos persistentes de defesa energética. Assim, muitos pacientes necessitam manejo prolongado semelhante a outras doenças crônicas. Estratégias comportamentais seguem indispensáveis para manutenção. O futuro provavelmente combinará fármacos, tecnologia digital e personalização metabólica. A assistência multiprofissional continuará fundamental. O sucesso depende de cuidado longitudinal estruturado. Não existem soluções únicas ou definitivas.

5 OBESIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS)

A Atenção Primária à Saúde ocupa posição estratégica no enfrentamento da obesidade por ser a principal porta de entrada do sistema de saúde e o nível assistencial mais próximo da comunidade (BRASIL,

2024; ABESO, 2024). Nesse cenário, é possível identificar precocemente ganho ponderal, fatores de risco metabólicos e hábitos de vida inadequados. O acompanhamento longitudinal favorece vínculo terapêutico e maior adesão às orientações propostas. Além disso, a APS permite abordagem familiar e territorial, ampliando impacto preventivo. Consultas regulares contribuem para monitoramento do peso, circunferência abdominal e comorbidades associadas. A continuidade do cuidado representa diferencial importante. Assim, a APS constitui eixo central no manejo populacional da obesidade.

O cuidado clínico deve ser centrado na pessoa, com escuta qualificada e metas realistas de tratamento (ABESO, 2024; BRAY et al., 2024). Estratégias baseadas em culpabilização tendem a reduzir adesão e aumentar estigma. Por isso, recomenda-se linguagem respeitosa e plano terapêutico compartilhado. Intervenções incluem orientação alimentar, incentivo à atividade física e melhoria do sono. Também é necessário rastrear ansiedade, depressão e uso de medicamentos que favoreçam ganho de peso. Quando indicado, a APS pode iniciar tratamento farmacológico ou encaminhar casos complexos. O seguimento periódico aumenta chance de sucesso sustentado. O foco deve ser saúde global e não apenas peso corporal.

No âmbito coletivo, a APS também atua por meio de ações educativas e intersetoriais no território (BRASIL, 2024; WHO, 2024). Grupos de reeducação alimentar, práticas corporais e atividades comunitárias fortalecem prevenção. Escolas, centros comunitários e equipamentos públicos podem integrar essas iniciativas. A equipe multiprofissional amplia capacidade resolutiva e cuidado contínuo. Agentes comunitários de saúde contribuem para busca ativa e acompanhamento domiciliar. O uso de indicadores locais permite identificar áreas de maior vulnerabilidade. Dessa forma, a APS combina assistência individual com promoção da saúde coletiva. Seu fortalecimento é essencial para conter a epidemia de obesidade.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A obesidade consolidou-se como uma das principais doenças crônicas do século XXI e impõe elevada carga clínica, social e econômica. Sua origem multifatorial envolve interação contínua entre predisposição biológica, ambiente alimentar, sedentarismo e desigualdades sociais. Essa complexidade exige superação de visões reducionistas centradas apenas em força de vontade. O avanço da prevalência no Brasil e no mundo confirma urgência sanitária crescente. Além disso, observa-se impacto importante sobre diabetes, doenças cardiovasculares e limitações funcionais. A resposta adequada precisa integrar prevenção, diagnóstico precoce e tratamento contínuo. Sistemas de saúde devem adaptar-se a essa nova realidade epidemiológica. O enfrentamento depende de ações individuais e coletivas articuladas. Trata-se de prioridade estratégica para as próximas décadas.

Os conhecimentos fisiopatológicos atuais demonstram que o tecido adiposo disfuncional participa ativamente da inflamação crônica de baixo grau. Esse processo favorece resistência à insulina, aterosclerose e múltiplas complicações metabólicas. Compreender tais mecanismos modificou profundamente a forma de tratar a doença. A obesidade passou a ser reconhecida como condição neuroendócrina e inflamatória complexa. Essa mudança reduz estigma e amplia racionalidade terapêutica. O cuidado moderno deve considerar composição corporal, distribuição de gordura e risco individual. Medidas antropométricas simples podem ser complementadas por avaliação clínica abrangente. Quanto mais precoce a intervenção, melhores tendem a ser os resultados. Ciência e empatia precisam caminhar juntas.

As novas terapias farmacológicas baseadas em incretinas inauguraram etapa promissora no manejo clínico. Agonistas de GLP-1 e moléculas combinadas com GIP mostraram perdas ponderais relevantes e melhora metabólica consistente. Contudo, medicamentos não substituem alimentação adequada, exercício físico e seguimento multiprofissional. O desafio futuro envolve ampliar acesso, reduzir desigualdades e sustentar resultados em longo prazo. Em idosos, destaca-se a necessidade de preservar massa magra e funcionalidade. Portanto, metas terapêuticas devem ir além da balança. O sucesso dependerá de cuidado individualizado, políticas públicas robustas e educação em saúde permanente. Enfrentar a epidemia da obesidade requer compromisso científico contínuo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA (ABESO). Diretrizes Brasileiras de Obesidade 2024. São Paulo: ABESO, 2024.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION (ADA). 13. Older Adults: Standards of Care in Diabetes—2024. *Diabetes Care*, v. 47, supl. 1, 2024.

BELENTANI, I. R. Alterações metabólicas associadas à obesidade. *Revista Delos*, v. 18, n. 64, 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Vigitel Brasil 2023: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: Ministério da Saúde, 2024.

BRAY, G. A. et al. The Science of Obesity Management: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, v. 109, 2024.

COSTA, A. L. F. da. Prevalência de sarcopenia e obesidade sarcopênica em idosos. *Nutrivisa*, v. 12, 2025.

DONINI, L. M. et al. Sarcopenic Obesity: A Relevant Condition in the Elderly. *Frontiers in Endocrinology*, v. 15, 2024.

FONSECA, A. F. C. et al. O manejo medicamentoso e nutricional da obesidade. *RBONE*, v. 18, n. 110, p. 1-15, 2024.

HALPERN, B. et al. New algorithms for obesity treatment. *Current Opinion in Endocrinology, Diabetes and Obesity*, v. 31, 2024.

MOREIRA, R. O. et al. Pharmacologic Treatment of Obesity in adults and its impact on comorbidities: 2024 update and position statement. *Archives of Endocrinology and Metabolism*, v. 68, 2024.

PEREIRA, C. P. Estratégias nutricionais para o tratamento da obesidade sarcopênica em idosos. *RBONE*, v. 20, 2026.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA (SBEM). Posicionamento sobre o Tratamento Farmacológico da Obesidade. Rio de Janeiro: SBEM, 2024.

WILDING, J. P. H. et al. Once-Weekly Semaglutide in Adults with Overweight or Obesity. *New England Journal of Medicine*, v. 384, n. 11, p. 989-1002, 2021.


WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Obesity and overweight: Key facts. Geneva: WHO, 2024.

WORLD OBESITY FEDERATION. World Obesity Atlas 2024. London: World Obesity Federation, 2024.

CAPÍTULO 6

SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: DESAFIOS, PRÁTICAS E O FORTALECIMENTO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

MENTAL HEALTH IN PRIMARY HEALTH CARE: CHALLENGES, PRACTICES, AND STRENGTHENING THE PSYCHOSOCIAL CARE NETWORK

 <https://doi.org/10.63330/livroautoral502026-006>

Livia Limeira Ribeiro Camargo

Graduação em Medicina
Centro Universitário Alfredo Nasser (UNIFAN)
E-mail: livialimeira@gmail.com

Lucas Alves Fernandes Laurindo

Acadêmico de Medicina
Centro Universitário Alfredo Nasser.
E-mail: lucas_afernandes@hotmail.com

Kamylla Franco Peres

Acadêmica de Medicina
Centro Universitário Alfredo Nasser
E-mail: kagabi17@icloud.com

Raul Vitor Silva

Acadêmico de Medicina
Centro Universitário Alfredo Nasser
E-mail: vaniaraulnatan@gmail.com

Ana Paula Chaves e Pádua

Acadêmica de Medicina
Centro Universitário Alfredo Nasser (UNIFAN)
E-mail: anappadua@gmail.com.

Lucas de Souza Moreira Santos

Acadêmico de Medicina
Centro Universitário de Mineiros (UNIFIMES)
E-mail: lucaspwmagnus@hotmail.com

Ângela Aparecida Silveira

Acadêmica de Medicina
Centro Universitário Alfredo Nasser (UNIFAN)
E-mail: angelaap13@hotmail.com

Cristiana Daniela de Souza

Acadêmica de Medicina
Centro Universitário Alfredo Nasser (UNIFAN)
E-mail: sdcristi@gmail.com.

Lídia Acyole de Souza
Doutora em Ciências da Saúde
Universidade Federal de Goiás (UFG)
E-mail: lidia.acyole@gmail.com

RESUMO

A saúde mental consolidou-se como dimensão essencial da integralidade do cuidado no Sistema Único de Saúde, exigindo respostas territoriais, contínuas e interprofissionais no âmbito da Atenção Primária à Saúde. O aumento do sofrimento psíquico comum, dos transtornos mentais graves e dos problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas ampliou significativamente a demanda cotidiana das equipes de saúde da família. Nesse cenário, a APS ocupa posição estratégica por constituir a principal porta de entrada do sistema, coordenar fluxos assistenciais e manter vínculo longitudinal com usuários e famílias. A criação da Rede de Atenção Psicossocial fortaleceu a articulação entre unidades básicas, Centros de Atenção Psicossocial, urgência e emergência, atenção hospitalar e dispositivos comunitários. Entretanto, permanecem desafios como estigma, subdiagnóstico, medicalização excessiva, fragilidade do apoio matricial e insuficiência de educação permanente. Experiências exitosas demonstram que acolhimento qualificado, escuta ampliada, projetos terapêuticos singulares, grupos comunitários e ações intersetoriais ampliam resolutividade e satisfação dos usuários. O apoio matricial, ao integrar saberes especializados e generalistas, aumenta a capacidade clínica das equipes e reduz encaminhamentos desnecessários. Indicadores recentes também revelam crescimento de sintomas ansiosos e depressivos na população brasileira, reforçando a urgência sanitária do tema. Este capítulo discute fundamentos conceituais, desafios operacionais e estratégias práticas para qualificar o cuidado em saúde mental na APS, com ênfase na RAPS e no trabalho interdisciplinar. Defende-se que o fortalecimento da atenção territorial e comunitária é decisivo para sistemas de saúde mais humanos, efetivos e equânimes.

Palavras-chave: Saúde Mental; Atenção Primária à Saúde; Rede de Atenção Psicossocial; Apoio Matricial; SUS.

ABSTRACT

Mental health has established itself as an essential component of comprehensive care within the Unified Health System, requiring localized, continuous, and interprofessional responses within the context of Primary Health Care. The increase in common psychological distress, severe mental disorders, and problems related to the use of alcohol and other drugs has significantly expanded the daily workload of family health teams. In this context, PHC occupies a strategic position as it serves as the main entry point to the system, coordinates care pathways, and maintains a longitudinal relationship with patients and

families. The creation of the Psychosocial Care Network has strengthened coordination among primary care units, Psychosocial Care Centers, urgent and emergency care, hospital care, and community-based services. However, challenges remain, such as stigma, underdiagnosis, excessive medicalization, the fragility of matrix support, and insufficient continuing education. Successful experiences show that qualified intake services, active listening, individualized treatment plans, community groups, and intersectoral initiatives improve outcomes and user satisfaction. Matrix support, by integrating specialized and generalist knowledge, enhances teams' clinical capacity and reduces unnecessary referrals. Recent indicators also reveal an increase in anxiety and depressive symptoms among the Brazilian population, reinforcing the public health urgency of this issue. This chapter discusses conceptual foundations, operational challenges, and practical strategies for improving mental health care in primary care, with an emphasis on community-based mental health care and interdisciplinary work. It argues that strengthening territorial and community-based care is crucial for more humane, effective, and equitable health systems.

Keywords: Mental Health; Primary Health Care; Psychosocial Care Network; Matrix Support; SUS.

1 INTRODUÇÃO

A saúde mental integra o conceito ampliado de saúde e relaciona-se diretamente às condições sociais, econômicas e culturais que estruturam a vida cotidiana das populações, de modo que fatores como desemprego, violência, insegurança alimentar e isolamento social influenciam a produção de sofrimento psíquico e o agravamento de transtornos mentais prevalentes (BRASIL, 2013; OPAS, 2024). Nesse cenário, a Atenção Primária à Saúde consolidou-se como espaço estratégico por sua capilaridade territorial, capacidade de acolher demandas diversas e proximidade contínua com usuários e famílias, favorecendo acesso oportuno ao cuidado (TANAKA; RIBEIRO, 2009; BELENTANI, 2026). Além de constituir a principal porta de entrada do sistema, a APS permite identificar precocemente mudanças emocionais, fatores de risco e necessidades sociais frequentemente invisibilizadas em outros níveis assistenciais (CORREIA et al., 2011; FIGUEIREDO; CAMPOS, 2009). Por essa razão, saúde mental e atenção primária mantêm relação estrutural indispensável para a integralidade do SUS contemporâneo (BRASIL, 2011; WHO, 2023).

Historicamente, o cuidado psiquiátrico brasileiro foi marcado por práticas asilares, internações prolongadas e exclusão social de pessoas em sofrimento mental, modelo que produziu violações de direitos e fragmentação assistencial persistente (ABP, 2020; BRASIL, 2013). A reforma psiquiátrica brasileira propôs a substituição progressiva desse paradigma por estratégias territoriais, comunitárias e centradas na cidadania, fortalecendo novos dispositivos de cuidado em liberdade (BRASIL, 2011; BRASIL, 2013). Nesse movimento, os Centros de Atenção Psicossocial assumiram papel relevante como retaguarda

especializada regional, articulando-se com outros pontos da rede assistencial (BRASIL, 2011). Contudo, a magnitude da demanda em saúde mental exige corresponsabilização permanente da APS, evitando centralização excessiva do cuidado em serviços especializados (SOUZA et al., 2024; OPAS, 2024).

Os transtornos depressivos e ansiosos figuram entre as principais causas de incapacidade funcional no mundo, repercutindo negativamente sobre produtividade, relações interpessoais, autocuidado e qualidade de vida das populações (WHO, 2023). No Brasil, levantamentos recentes indicam aumento importante de sintomas emocionais, especialmente após crises sanitárias, econômicas e sociais que ampliaram vulnerabilidades preexistentes (BRASIL, 2024). Tal cenário elevou a procura espontânea por atendimento nas unidades básicas, onde frequentemente o sofrimento se apresenta por meio de queixas somáticas, insônia, irritabilidade ou dores inespecíficas (BELENTANI, 2026; BRASIL, 2013). Dessa forma, reconhecer manifestações precoces e ofertar cuidado oportuno tornou-se prioridade estratégica para o sistema de saúde (OPAS, 2024).

A organização do acesso influencia diretamente os resultados em saúde mental, pois modelos centrados apenas em filas, encaminhamentos automáticos ou consultas rápidas tendem a perpetuar cronificação, abandono terapêutico e baixa resolutividade assistencial (FERNANDES et al., 2018; CORREIA et al., 2011). Em contraste, o acolhimento qualificado permite escuta inicial cuidadosa, classificação de riscos, identificação de urgências subjetivas e definição compartilhada das melhores condutas para cada situação apresentada (BRASIL, 2013; OPAS, 2024). Casos leves podem ser acompanhados longitudinalmente na própria unidade, enquanto situações moderadas ou complexas requerem plano terapêutico articulado com outros pontos da rede (WHO, 2023; BRASIL, 2011). Assim, o acesso ordenado amplia efetividade clínica e fortalece vínculo entre equipe e usuário (TANAKA; RIBEIRO, 2009).

Entre as estratégias organizacionais mais relevantes destaca-se o apoio matricial, concebido para integrar saberes especializados e generalistas por meio de relações horizontais de cooperação técnica e pedagógica entre equipes (SOUZA et al., 2024; BRASIL, 2013). Essa lógica ultrapassa o simples encaminhamento burocrático, incluindo discussão de casos, atendimentos compartilhados, supervisão clínica e processos permanentes de educação em serviço (CLÁUDIO, 2025; MATOS et al., 2025). Quando realizado de forma regular, o matriciamento amplia a capacidade clínica da APS, reduz filas especializadas e melhora continuidade do cuidado no território (MATOS et al., 2025; OPAS, 2024). Mesmo diante de obstáculos institucionais, permanece ferramenta central para qualificação da RAPS (BELENTANI, 2026).

O cuidado em saúde mental na Atenção Primária à Saúde demanda abordagem interdisciplinar e intersetorial, uma vez que necessidades clínicas frequentemente coexistem com demandas sociais, familiares, educacionais e laborais que ultrapassam os limites da consulta tradicional e exigem respostas articuladas no território (FERNANDES et al., 2018; OPAS, 2024). Nesse cenário, médicos, enfermeiros,

agentes comunitários, psicólogos e assistentes sociais exercem funções complementares na construção de projetos terapêuticos singulares centrados na pessoa e em seu contexto de vida, evidenciando a importância do trabalho colaborativo entre diferentes categorias profissionais (CORREIA et al., 2011; ABP, 2020). Soma-se a isso a necessidade de integração com escolas, assistência social, justiça e organizações comunitárias, cuja atuação fortalece redes de proteção e amplia possibilidades de reabilitação psicossocial, reforçando o papel estratégico da APS na coordenação do cuidado em saúde mental (BRASIL, 2011; BRASIL, 2013).

Dessa forma, o presente estudo justifica-se pela relevância sanitária e social do tema e tem como objetivo analisar o papel da Atenção Primária à Saúde na organização do cuidado em saúde mental, discutindo desafios assistenciais, práticas interdisciplinares, estratégias intersetoriais e mecanismos de fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial, com vistas à ampliação da integralidade, da resolutividade e da dignidade no cuidado ofertado aos usuários.

2 SAÚDE MENTAL COMO DEMANDA COTIDIANA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

A saúde mental constitui demanda cotidiana crescente na Atenção Primária à Saúde, manifestando-se por queixas como insônia, ansiedade, tristeza persistente, irritabilidade, uso abusivo de substâncias e sintomas somáticos sem causa orgânica evidente, o que exige das equipes capacidade clínica ampliada e escuta qualificada (WHO, 2023; BRASIL, 2024). Muitas vezes, o sofrimento psíquico apresenta-se de forma indireta, por meio de dores crônicas, fadiga, cefaleia ou conflitos familiares recorrentes, dificultando reconhecimento imediato pelos profissionais (BRASIL, 2013; BELENTANI, 2026). Nesse contexto, a APS ocupa posição estratégica por ser o serviço mais próximo da comunidade e manter contato frequente com usuários ao longo do tempo (TANAKA; RIBEIRO, 2009). Assim, identificar precocemente sinais de adoecimento mental amplia possibilidades terapêuticas e reduz agravamentos futuros (OPAS, 2024).

A longitudinalidade do cuidado favorece vínculo entre equipe e usuário, elemento essencial para que sofrimentos subjetivos sejam verbalizados e compreendidos em sua complexidade biopsicossocial (CORREIA et al., 2011; FIGUEIREDO; CAMPOS, 2009). Diferentemente de atendimentos episódicos, a APS acompanha trajetórias familiares, mudanças de comportamento e eventos críticos que repercutem na saúde emocional, como luto, desemprego ou violência doméstica (BRASIL, 2013; OPAS, 2024). Esse acompanhamento contínuo permite monitorar adesão terapêutica, resposta clínica e fatores de risco associados (WHO, 2023). Dessa forma, o vínculo torna-se tecnologia central do cuidado em saúde mental no território (FERNANDES et al., 2018).

Outro aspecto relevante refere-se à elevada prevalência de transtornos mentais comuns, especialmente ansiedade e depressão, que representam importante causa de incapacidade funcional e perda de qualidade de vida em diferentes faixas etárias (WHO, 2023). No Brasil, inquéritos recentes indicam

crescimento expressivo de sintomas emocionais, especialmente entre mulheres, jovens e populações vulnerabilizadas socialmente (BRASIL, 2024). Tal cenário amplia a procura por atendimento nas unidades básicas e exige reorganização dos processos de trabalho (BELENTANI, 2026). Portanto, reconhecer a saúde mental como demanda prioritária tornou-se imperativo para o SUS (OPAS, 2024).

A abordagem clínica inicial deve considerar simultaneamente sintomas apresentados, contexto de vida, redes de apoio e fatores desencadeantes recentes, evitando interpretações reducionistas centradas apenas em diagnósticos categóricos (ABP, 2020; BRASIL, 2013). Muitos quadros leves podem ser manejados com intervenções psicossociais breves, acompanhamento longitudinal e fortalecimento de recursos comunitários existentes (WHO, 2023; FERNANDES et al., 2018). Casos moderados ou complexos demandam cuidado compartilhado com outros pontos da rede assistencial (BRASIL, 2011). Assim, a estratificação adequada favorece maior resolutividade clínica (SOUZA et al., 2024).

Também merece destaque o papel dos agentes comunitários de saúde na identificação de vulnerabilidades psicossociais, abandono terapêutico e situações familiares críticas observadas durante visitas domiciliares (CORREIA et al., 2011; BRASIL, 2013). Por conhecerem o território e manterem proximidade cotidiana com moradores, esses profissionais contribuem para busca ativa, educação em saúde e fortalecimento de vínculos protetivos (FIGUEIREDO; CAMPOS, 2009). Sua atuação integrada à equipe multiprofissional amplia sensibilidade do serviço para demandas silenciosas (OPAS, 2024). Desse modo, a saúde mental torna-se responsabilidade compartilhada no cotidiano da APS (FERNANDES et al., 2018).

Reconhecer a centralidade da saúde mental na atenção primária implica superar a falsa ideia de que tais demandas pertencem exclusivamente ao especialista, compreendendo que grande parte dos casos pode e deve ser acompanhada no território com suporte técnico adequado (SOUZA et al., 2024; BELENTANI, 2026). Essa mudança fortalece acesso, reduz estigmas e aproxima o cuidado da realidade concreta dos usuários (BRASIL, 2011; OPAS, 2024). Ao incorporar a saúde mental como eixo permanente do processo de trabalho, a APS amplia sua integralidade assistencial (TANAKA; RIBEIRO, 2009). Trata-se, portanto, de requisito fundamental para sistemas públicos mais resolutivos e humanos (BRASIL, 2013).

3 ACOLHIMENTO, ESCUTA QUALIFICADA E ORGANIZAÇÃO DO ACESSO

O acolhimento constitui diretriz fundamental da Atenção Primária à Saúde e assume papel ainda mais relevante no campo da saúde mental, onde o sofrimento frequentemente chega ao serviço de forma difusa, silenciosa ou traduzido em queixas físicas inespecíficas que exigem sensibilidade clínica dos profissionais (BRASIL, 2013; OPAS, 2024). Diferentemente de modelos centrados apenas em agendamento e triagem burocrática, o acolhimento pressupõe responsabilização pela demanda apresentada e construção inicial de vínculo terapêutico (TANAKA; RIBEIRO, 2009). Quando realizado de forma

qualificada, amplia acesso e reduz barreiras institucionais históricas (FERNANDES et al., 2018). Assim, torna-se porta de entrada efetiva para o cuidado psicossocial no território (BRASIL, 2011).

A escuta qualificada representa componente central desse processo, pois permite compreender não apenas sintomas referidos, mas também sentidos subjetivos, conflitos familiares, perdas recentes e vulnerabilidades sociais relacionadas ao adoecimento mental (WHO, 2023; BRASIL, 2013). Muitas situações inicialmente apresentadas como insônia, dor ou irritabilidade correspondem a quadros ansiosos, depressivos ou reações emocionais a eventos estressores (BELENTANI, 2026). A escuta cuidadosa favorece hipóteses diagnósticas mais precisas e condutas menos medicalizantes (ABP, 2020). Dessa forma, o encontro clínico torna-se espaço de cuidado e não mero registro de queixas (OPAS, 2024).

A organização do acesso influencia diretamente a resolutividade assistencial, uma vez que serviços baseados exclusivamente em filas extensas e consultas rápidas tendem a cronificar demandas e estimular encaminhamentos desnecessários para níveis especializados (CORREIA et al., 2011; FIGUEIREDO; CAMPOS, 2009). Em contraste, fluxos flexíveis que priorizam risco, vulnerabilidade e necessidade clínica permitem respostas mais oportunas e proporcionais a cada caso (BRASIL, 2013). Situações leves podem ser acompanhadas pela própria equipe, enquanto casos complexos requerem articulação com a rede (BRASIL, 2011). Assim, acesso qualificado melhora continuidade do cuidado (SOUZA et al., 2024).

Nas crises psíquicas agudas, o acolhimento inicial deve incluir avaliação imediata de risco suicida, agitação psicomotora, intoxicação por substâncias e ausência de suporte familiar, possibilitando intervenção rápida e segura conforme protocolos assistenciais (ABP, 2020; WHO, 2023). A APS nem sempre resolverá integralmente tais situações, porém tem papel essencial na primeira resposta, estabilização inicial e acionamento adequado da Rede de Atenção Psicossocial (BRASIL, 2011). O reconhecimento precoce reduz danos e evita desfechos graves (OPAS, 2024). Portanto, qualificar equipes para manejo inicial de crises é medida estratégica (BRASIL, 2013).

Outro aspecto importante refere-se à postura ética e comunicacional dos profissionais durante o atendimento, pois julgamentos morais, pressa excessiva ou minimização do sofrimento podem afastar usuários e comprometer adesão futura ao cuidado (FERNANDES et al., 2018; BELENTANI, 2026). Em contrapartida, atitudes baseadas em respeito, linguagem clara e validação da experiência subjetiva fortalecem confiança no serviço e ampliam responsabilização terapêutica (CORREIA et al., 2011). O modo como se acolhe influencia diretamente os resultados clínicos posteriores (OPAS, 2024). Dessa forma, humanização não é elemento acessório, mas núcleo do cuidado em saúde mental (BRASIL, 2013).

Consolidar acolhimento e escuta qualificada requer investimento permanente em educação em serviço, supervisão clínica e revisão contínua dos processos organizacionais das unidades básicas, para que o acesso não dependa apenas de iniciativas individuais isoladas (CLÁUDIO, 2025; MATOS et al., 2025). Equipes preparadas tendem a reconhecer melhor prioridades, manejar conflitos e compartilhar decisões

terapêuticas com maior segurança (SOUZA et al., 2024). Ao estruturar portas abertas e respostas responsáveis, a APS fortalece seu papel coordenador dentro da RAPS (BRASIL, 2011). Assim, acolher bem significa produzir cuidado efetivo desde o primeiro contato (TANAKA; RIBEIRO, 2009).

4 APOIO MATRICIAL E TRABALHO INTERPROFISSIONAL

O apoio matricial consolidou-se como importante estratégia organizacional para integrar saúde mental e Atenção Primária à Saúde, promovendo cooperação horizontal entre equipes generalistas e especialistas sem substituir responsabilidades assistenciais de cada serviço (BRASIL, 2013; SOUZA et al., 2024). Diferentemente do simples encaminhamento burocrático, o matriciamento propõe compartilhamento de saberes, corresponsabilização clínica e construção conjunta de soluções terapêuticas no território (CLÁUDIO, 2025). Tal lógica fortalece autonomia das equipes de referência e amplia capacidade resolutiva local (MATOS et al., 2025). Assim, o cuidado deixa de depender exclusivamente do especialista para ocorrer de modo integrado em rede (OPAS, 2024).

Entre as principais ferramentas do apoio matricial destacam-se discussões de caso, consultas compartilhadas, visitas domiciliares conjuntas, reuniões técnicas e ações de educação permanente voltadas às necessidades reais das equipes (SOUZA et al., 2024; MATOS et al., 2025). Esses dispositivos favorecem troca de conhecimentos clínicos e territoriais, articulando diferentes perspectivas sobre o mesmo usuário ou família (FERNANDES et al., 2018). Além disso, qualificam decisões terapêuticas em situações complexas e recorrentes (BRASIL, 2013). Dessa forma, o matriciamento transforma o processo de trabalho cotidiano (CLÁUDIO, 2025).

O trabalho interprofissional é componente inseparável dessa proposta, pois demandas em saúde mental raramente se resolvem por atuação isolada de uma única categoria profissional ou especialidade clínica (CORREIA et al., 2011; ABP, 2020). Médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e agentes comunitários oferecem contribuições complementares na compreensão do sofrimento e no planejamento terapêutico (FERNANDES et al., 2018). Quando há comunicação efetiva, reduzem-se condutas fragmentadas e redundantes (OPAS, 2024). Portanto, a interdisciplinaridade amplia integralidade e segurança assistencial (BRASIL, 2011).

Outro benefício relevante do apoio matricial refere-se à redução de encaminhamentos desnecessários para serviços especializados, preservando vagas para casos de maior complexidade e diminuindo tempos de espera na rede (MATOS et al., 2025; SOUZA et al., 2024). Muitos quadros ansiosos, depressivos leves e problemas relacionados ao uso de substâncias podem ser acompanhados pela APS com suporte técnico periódico (WHO, 2023). Isso aproxima o cuidado do território e favorece vínculo longitudinal com a equipe local (TANAKA; RIBEIRO, 2009). Consequentemente, a rede torna-se mais eficiente e acessível (BRASIL, 2011).

Apesar de seus avanços, a implementação do matriciamento ainda enfrenta obstáculos como agendas incompatíveis, alta rotatividade profissional, escassez de especialistas e compreensão limitada sobre sua metodologia entre gestores e trabalhadores (BELENTANI, 2026; CLÁUDIO, 2025). Em alguns contextos, a estratégia é reduzida a encaminhamentos informais ou reuniões esporádicas sem continuidade prática (SOUZA et al., 2024). Tais fragilidades comprometem potencial transformador da proposta (OPAS, 2024). Por isso, institucionalizar rotinas colaborativas permanece desafio central (BRASIL, 2013).

Fortalecer o apoio matricial exige planejamento regional, definição clara de fluxos, tempo protegido para reuniões clínicas e valorização de práticas colaborativas nos indicadores de gestão e avaliação dos serviços (BRASIL, 2011; MATOS et al., 2025). Também requer cultura organizacional baseada em diálogo, aprendizagem contínua e reconhecimento mútuo entre diferentes núcleos profissionais (FERNANDES et al., 2018). Quando sustentado de forma permanente, o matriciamento qualifica toda a Rede de Atenção Psicossocial (OPAS, 2024). Trata-se, portanto, de ferramenta estratégica para consolidar cuidado integral e territorializado (SOUZA et al., 2024).

5 REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E ESTRATÉGIAS DE FORTALECIMENTO DO CUIDADO

A Rede de Atenção Psicossocial foi instituída para organizar de forma integrada os diversos pontos de cuidado destinados às pessoas com sofrimento psíquico e necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas no âmbito do SUS (BRASIL, 2011). Sua lógica pressupõe articulação entre Atenção Primária, CAPS, urgência e emergência, atenção hospitalar, reabilitação psicossocial e dispositivos comunitários complementares (BRASIL, 2011; OPAS, 2024). Tal arranjo busca superar fragmentação histórica dos serviços (BRASIL, 2013). Assim, a rede orienta cuidado contínuo e centrado na pessoa (TANAKA; RIBEIRO, 2009).

Nesse conjunto, a Atenção Primária ocupa papel coordenador por ser o ponto assistencial mais próximo da população, responsável por ordenar fluxos, acompanhar longitudinalmente usuários e manter vínculo com famílias e território (FIGUEIREDO; CAMPOS, 2009; CORREIA et al., 2011). Mesmo quando outros serviços assumem intervenções especializadas, cabe à APS sustentar seguimento clínico e articulação cotidiana do cuidado (BRASIL, 2011). Essa centralidade evita descontinuidade entre encaminhamentos e retornos (OPAS, 2024). Portanto, fortalecer a APS significa fortalecer toda a RAPS (BELENTANI, 2026).

Os Centros de Atenção Psicossocial desempenham função estratégica como retaguarda especializada territorial, ofertando atendimento intensivo, manejo de crises, oficinas terapêuticas e suporte técnico às equipes da atenção básica (BRASIL, 2011; BRASIL, 2013). Quando integrados de maneira efetiva à APS, ampliam capacidade resolutiva do sistema e qualificam projetos terapêuticos compartilhados

(SOUZA et al., 2024). Entretanto, dificuldades de comunicação entre serviços ainda persistem em muitos territórios (OPAS, 2024). Superar tais barreiras é condição essencial para cuidado contínuo (FERNANDES et al., 2018).

O fortalecimento da rede também depende de ações intersetoriais, pois saúde mental relaciona-se diretamente a moradia, renda, educação, trabalho, cultura e proteção social, dimensões que extrapolam o setor saúde isoladamente (OPAS, 2024; BRASIL, 2013). Parcerias com escolas, assistência social, justiça, conselhos tutelares e organizações comunitárias ampliam capacidade de resposta diante de vulnerabilidades complexas (ABP, 2020). Essa articulação favorece reinserção social e prevenção de recaídas (BELENTANI, 2026). Desse modo, a RAPS precisa operar em diálogo permanente com o território vivo (WHO, 2023).

Outro eixo decisivo envolve financiamento adequado, provimento de equipes completas e educação permanente para trabalhadores, elementos sem os quais a rede tende a funcionar de forma fragmentada e reativa (BRASIL, 2011; CLÁUDIO, 2025). A alta rotatividade profissional e a precarização dos vínculos dificultam continuidade terapêutica e construção de confiança com usuários (MATOS et al., 2025). Investir em condições estruturais melhora qualidade assistencial e gestão do cuidado (OPAS, 2024). Assim, políticas públicas consistentes são indispensáveis para sustentabilidade da RAPS (BRASIL, 2013).

Por fim, o fortalecimento do cuidado em saúde mental requer participação ativa de usuários, familiares e comunidade nos processos decisórios, reconhecendo experiências vividas como fonte legítima de conhecimento e avaliação dos serviços (FERNANDES et al., 2018; OPAS, 2024). Estratégias de educação popular, grupos de apoio e controle social ampliam cidadania e corresponsabilização terapêutica (BRASIL, 2013). Redes mais democráticas tendem a produzir cuidado mais humano e efetivo (TANAKA; RIBEIRO, 2009). Portanto, consolidar a RAPS significa unir gestão, território e participação social em defesa da dignidade humana (SOUZA et al., 2024).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saúde mental na Atenção Primária à Saúde consolidou-se como componente essencial para a efetivação da integralidade no Sistema Único de Saúde, considerando que grande parte do sofrimento psíquico se manifesta inicialmente no território e demanda respostas próximas, contínuas e humanizadas pelas equipes de referência. Ao longo deste capítulo, evidenciou-se que acolhimento qualificado, escuta sensível, vínculo longitudinal e organização adequada do acesso ampliam a capacidade resolutiva das unidades básicas diante de demandas emocionais cada vez mais frequentes. Nesse sentido, reconhecer a APS como espaço legítimo de cuidado em saúde mental representa passo decisivo para superar modelos centrados exclusivamente na especialização e na fragmentação assistencial.

Também se observou que o apoio matricial, o trabalho interprofissional e a articulação entre os diferentes pontos da Rede de Atenção Psicossocial constituem estratégias essenciais para qualificar o

cuidado, especialmente nos casos complexos e persistentes. A integração entre equipes, serviços especializados e setores sociais diversos fortalece projetos terapêuticos singulares, amplia a continuidade assistencial e favorece intervenções mais coerentes com a realidade dos usuários. Dessa forma, o fortalecimento da RAPS depende não apenas de estruturas formais, mas de práticas colaborativas sustentadas no cotidiano dos serviços.

Por fim, destaca-se que investir em financiamento adequado, educação permanente, gestão territorializada e participação social é condição indispensável para consolidar uma política pública de saúde mental efetiva e democrática. A Atenção Primária, quando fortalecida em sua capacidade clínica e comunitária, torna-se eixo organizador de redes mais acessíveis, resolutivas e humanas. Assim, ampliar o cuidado psicossocial no território significa reafirmar o compromisso do SUS com a dignidade, a cidadania e o direito universal à saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. *Diretrizes para um modelo de atenção integral em saúde mental no Brasil*. Rio de Janeiro: ABP, 2020.

BELENTANI, I. R. Saúde mental na atenção primária à saúde: revisão de escopo. *Contribuciones a las Ciencias Sociales*, v. 19, 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Cadernos de Atenção Básica, n. 34: Saúde Mental*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011*. Institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde Mental: Caderno do Discente 2024*. Campo Grande: ESP-MS, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Vigitel Brasil 2023: Saúde Mental*. Brasília: Ministério da Saúde, 2024.

CLÁUDIO, L. Representações do Apoio Matricial em Saúde Mental dos Profissionais da APS. *Revista Nursing*, v. 28, n. 328, 2025.

CORREIA, V. R. et al. Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 45, n. 6, 2011.

FERNANDES, A. D. S. A. et al. Práticas de cuidado em saúde mental na Atenção Básica. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, v. 26, n. 2, 2018.

FIGUEIREDO, M. D.; CAMPOS, R. O. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, n. 1, 2009.

MATOS, M. S. S. et al. Apoio matricial em saúde mental a partir da implementação de um grupo de manejo de ansiedade. *Revista FT*, v. 29, 2025.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Saúde Mental na Atenção Primária: Guia Prático*. Washington, D.C.: OPAS, 2024.

SOUZA, J. et al. Uma revisão narrativa do apoio matricial em saúde mental entre as redes de atenção. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 34, 2024.


TANAKA, O. Y.; RIBEIRO, E. L. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, n. 2, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) guideline for mental, neurological and substance use disorders*. Geneva: WHO, 2023.

CAPÍTULO 7

TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA E AS FRAGILIDADES DA REDE DE CUIDADO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: ENTRE A GARANTIA NORMATIVA E OS DESAFIOS DA INTEGRALIDADE

AUTISM SPECTRUM DISORDER AND THE WEAKNESSES OF THE HEALTHCARE NETWORK IN THE UNIFIED HEALTH SYSTEM: BETWEEN LEGAL GUARANTEES AND THE CHALLENGES OF COMPREHENSIVE CARE

 <https://doi.org/10.63330/livroautoral502026-007>

Talysson Almeida Rodrigues

Acadêmico de Medicina
Universidade Vale do Rio Doce (UNIVALE)
E-mail: talysson.rodrigues@univale.br

Emanuel Braga Barbosa

Acadêmico de Medicina
Universidade Vale do Rio Doce (UNIVALE)
E-mail: emmanuel.barbosa@univale.br

Victória Martins Fonseca Barbosa

Acadêmico de Medicina
Universidade Vale do Rio Doce (UNIVALE)
E-mail: victoria.barbosa@univale.br

Taynara Tenório Bezerra

Médica Pediatra
Residência Médica pelo Hospital Materno Infantil Dr. Jurandir do Nascimento (SES-GO)
E-mail: drataynaratenorio@gmail.com

RESUMO

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) ocupa lugar crescente nas agendas sanitárias contemporâneas em razão do aumento do reconhecimento diagnóstico, da complexidade clínica e da necessidade de respostas intersetoriais contínuas. No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) instituiu diretrizes e linhas de cuidado voltadas à atenção integral dessa população, propondo ações articuladas entre atenção primária, atenção especializada, reabilitação e saúde mental. Apesar desse marco normativo robusto, persistem importantes fragilidades na organização da rede assistencial, especialmente relacionadas ao diagnóstico tardio, à insuficiência de profissionais capacitados, à fragmentação do cuidado e às desigualdades territoriais de acesso. As famílias frequentemente assumem o papel de coordenadoras informais do percurso terapêutico, enfrentando sobrecarga emocional, financeira e logística. Em muitos municípios, a oferta de serviços especializados permanece concentrada em centros urbanos, produzindo itinerários longos e descontinuidades terapêuticas. Soma-se a isso a dificuldade de integração entre saúde, educação e assistência social, aspecto decisivo para o desenvolvimento infantil e para a inclusão social. Este capítulo

analisa criticamente as fragilidades da rede de cuidado ao TEA no SUS, examinando os avanços normativos, os entraves estruturais e as repercussões sociais decorrentes dessas lacunas. Discute-se, ainda, o papel estratégico da Atenção Primária à Saúde como coordenadora do cuidado, bem como a necessidade de educação permanente, planejamento regional e fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial. Conclui-se que a consolidação de uma linha de cuidado efetivamente integral depende menos da existência formal de normas e mais da capacidade de transformá-las em práticas territorializadas, acessíveis e centradas nas singularidades das pessoas autistas e de suas famílias.

Palavras-chave: Transtorno do Espectro Autista; Sistema Único de Saúde; Rede de Atenção Psicossocial; Integralidade; Acesso à Saúde.

ABSTRACT

Autism Spectrum Disorder (ASD) is becoming an increasingly prominent issue on contemporary public health agendas due to improved diagnostic recognition, clinical complexity, and the need for ongoing intersectoral responses. In Brazil, the Unified Health System (SUS) has established guidelines and care pathways focused on comprehensive care for this population, proposing coordinated actions between primary care, specialized care, rehabilitation, and mental health. Despite this robust regulatory framework, significant weaknesses persist in the organization of the care network, particularly regarding delayed diagnosis, a shortage of trained professionals, fragmented care, and regional inequalities in access. Families often assume the role of informal coordinators of the therapeutic journey, facing emotional, financial, and logistical burdens. In many municipalities, the availability of specialized services remains concentrated in urban centers, resulting in long travel distances and discontinuities in care. Added to this is the difficulty of integrating health, education, and social services—a critical factor for child development and social inclusion. This chapter critically analyzes the weaknesses of the ASD care network within the SUS, examining regulatory advances, structural barriers, and the social repercussions resulting from these gaps. It also discusses the strategic role of Primary Health Care as a coordinator of care, as well as the need for continuing education, regional planning, and the strengthening of the Psychosocial Care Network. It concludes that the consolidation of a truly comprehensive care pathway depends less on the formal existence of regulations and more on the ability to translate them into localized, accessible practices centered on the unique needs of autistic individuals and their families.

Keywords: Autism Spectrum Disorder; Unified Health System; Psychosocial Care Network; Comprehensive Care; Access to Health Care.

1 INTRODUÇÃO

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) constitui uma condição do neurodesenvolvimento caracterizada por manifestações heterogêneas que envolvem comunicação social, padrões comportamentais repetitivos e diferentes necessidades de suporte ao longo da vida (BRASIL, 2014). Nas últimas décadas, a ampliação dos critérios diagnósticos, a maior visibilidade social e o aprimoramento das práticas de rastreamento contribuíram para aumento expressivo da identificação de casos em distintos contextos sanitários (CRUZ, 2025). Esse cenário impôs aos sistemas públicos de saúde o desafio de estruturar respostas assistenciais contínuas, multiprofissionais e territorialmente acessíveis (HANNA et al., 2026). No Brasil, o Sistema Único de Saúde passou a incorporar progressivamente diretrizes específicas voltadas à atenção integral dessa população (BRASIL, 2014).

A formulação de políticas públicas direcionadas ao TEA representou importante avanço ao reconhecer que o cuidado não se limita ao momento diagnóstico nem a intervenções isoladas de caráter reabilitador (OLIVEIRA, 2024). A perspectiva contemporânea exige acompanhamento longitudinal, acolhimento familiar, promoção de autonomia e articulação entre diferentes níveis de atenção (BRASIL, 2015). Nesse sentido, a organização em rede tornou-se elemento central para garantir integralidade, continuidade terapêutica e coordenação clínica entre serviços diversos (NUNES, 2024). A Linha de Cuidado nacional buscou responder a essa necessidade ao propor fluxos assistenciais e responsabilidades compartilhadas no SUS (BRASIL, 2015).

Apesar dos avanços normativos, a realidade concreta dos territórios brasileiros ainda revela expressivas fragilidades na implementação dessas diretrizes e no funcionamento cotidiano da rede assistencial (SILVA, 2019). Famílias frequentemente relatam demora para confirmação diagnóstica, filas prolongadas para terapias especializadas e ausência de acompanhamento regular em serviços próximos ao domicílio (BRAÚNA, 2025). Também são recorrentes dificuldades de comunicação entre unidades básicas, centros especializados, serviços de saúde mental e instituições educacionais (CRUZ, 2025). Tais barreiras evidenciam a persistência de modelos fragmentados de atenção e de baixa capacidade coordenadora (HANNA et al., 2026).

As desigualdades regionais aprofundam esse quadro ao produzir diferenças substanciais entre capitais, regiões metropolitanas e municípios de pequeno ou médio porte (BOLATTO, 2024). Em numerosas localidades, a oferta de profissionais especializados permanece insuficiente, concentrando recursos em polos urbanos e impondo deslocamentos onerosos às famílias (BOLATTO, 2024). Como resultado, muitos usuários percorrem itinerários terapêuticos extensos, descontínuos e marcados por repetição de avaliações clínicas (BRAÚNA, 2025). Essa dinâmica compromete adesão ao cuidado, amplia sofrimento social e reforça iniquidades em saúde (SILVA, I. P., 2025).

Além das limitações estritamente assistenciais, o TEA mobiliza demandas educacionais, econômicas e psicossociais que exigem respostas intersetoriais permanentes (HANNA et al., 2026). Quando a rede pública não oferece suporte articulado, familiares assumem o papel de gestores informais do cuidado, reorganizando rotinas de trabalho, renda e vida doméstica (BRAÚNA, 2025). A sobrecarga tende a recair especialmente sobre mulheres cuidadoras, com repercussões relevantes para saúde mental e estabilidade financeira (SILVA, I. P., 2025). Assim, a insuficiência da rede de cuidado ultrapassa o campo clínico e repercute em múltiplas dimensões da vida social (SILVA, 2019).

Diante desse contexto, torna-se fundamental analisar criticamente como o SUS tem respondido às necessidades das pessoas com TEA e quais obstáculos persistem para a consolidação da integralidade assistencial (NUNES, 2024). A relevância do tema decorre do crescimento da demanda social, da complexidade do cuidado e da distância ainda existente entre o direito formalmente assegurado e a experiência cotidiana dos usuários (CRUZ, 2025). Justifica-se, portanto, examinar as fragilidades da rede de atenção como etapa necessária ao aperfeiçoamento das políticas públicas e à redução das desigualdades territoriais. Este capítulo tem como objetivo discutir os limites estruturais, organizacionais e intersetoriais do cuidado ao TEA no SUS, bem como apontar caminhos para o fortalecimento de uma assistência contínua, equânime e humanizada.

2 BARREIRAS DE ACESSO E ITINERÁRIOS DAS FAMÍLIAS

Uma das principais fragilidades da rede de cuidado ao TEA no SUS refere-se ao acesso oportuno ao diagnóstico e ao início precoce das intervenções necessárias, aspecto decisivo para melhores desfechos clínicos e sociais ao longo do desenvolvimento infantil (BRASIL, 2015). Em muitos territórios, sinais iniciais do desenvolvimento atípico não são reconhecidos de forma tempestiva pelos serviços de saúde, pelas instituições educacionais ou pelas redes comunitárias de apoio, o que posterga encaminhamentos essenciais e amplia o sofrimento familiar diante das incertezas persistentes (CRUZ, 2025). Como consequência, numerosas famílias ingressam tardiamente em fluxos assistenciais já sobrecarregados, enfrentando filas extensas e percursos terapêuticos marcados por demora, insegurança e descontinuidade do cuidado ofertado (HANNA et al., 2026).

A Atenção Primária à Saúde deveria ocupar papel estratégico nesse processo por representar a principal porta de entrada do SUS e o nível mais próximo da vida cotidiana das famílias (BRASIL, 2015). Contudo, muitos profissionais relatam insegurança para rastrear sinais precoces, orientar cuidadores e realizar encaminhamentos adequados dentro da rede existente (NUNES, 2024). Soma-se a isso a limitação de protocolos locais claros, a rotatividade de equipes e a insuficiência de educação permanente em diferentes municípios brasileiros (OLIVEIRA, 2024). Dessa forma, a coordenação inicial do cuidado torna-

se frágil e frequentemente dependente de iniciativas individuais ou da insistência dos próprios familiares (SILVA, 2019).

Após a suspeita clínica, outro obstáculo recorrente consiste no tempo prolongado de espera para consultas especializadas e avaliações multiprofissionais necessárias à confirmação diagnóstica, especialmente em regiões com baixa densidade de serviços públicos especializados (BOLATTO, 2024). Em várias localidades, neuropediatras, psiquiatras infantis, fonoaudiólogos e terapeutas ocupacionais permanecem concentrados em centros urbanos de maior porte, dificultando o acesso regular da população interiorizada (CRUZ, 2025). Isso impõe deslocamentos frequentes, custos adicionais e ausência de seguimento contínuo, transformando a busca por assistência em experiência exaustiva para muitas famílias (BRAÚNA, 2025).

Mesmo após o diagnóstico, a entrada em terapias regulares nem sempre ocorre de maneira imediata ou suficiente para atender às necessidades individuais apresentadas por cada criança e sua rede de apoio (BRASIL, 2014). Filas para psicologia, fonoaudiologia, terapia ocupacional e apoio pedagógico especializado são amplamente relatadas por responsáveis e pesquisadores em diferentes contextos regionais (BRAÚNA, 2025). Em razão dessa limitação pública, muitas famílias recorrem ao setor privado, frequentemente com grande comprometimento do orçamento doméstico e reorganização da rotina laboral (SILVA, I. P., 2025). Tal cenário aprofunda desigualdades sociais no acesso ao desenvolvimento infantil e amplia diferenças entre grupos populacionais distintos (HANNA et al., 2026).

As barreiras de acesso também se expressam na burocratização excessiva dos fluxos assistenciais e na repetição de avaliações em diferentes serviços da rede, sem continuidade efetiva entre os pontos de atenção disponíveis (SILVA, 2019). Usuários transitam entre unidades sem prontuários integrados, sem referência profissional estável e sem plano terapêutico compartilhado, o que produz retrabalho institucional e insegurança clínica persistente (NUNES, 2024). O tempo investido em agendas, documentos e deslocamentos substitui horas que poderiam ser dedicadas ao cuidado cotidiano, ao descanso familiar e à convivência social (BOLATTO, 2024).

Frente a esse quadro, enfrentar barreiras de acesso exige mais do que ampliar vagas especializadas, embora essa medida permaneça indispensável para resposta sistêmica consistente e socialmente justa (BRASIL, 2015). Torna-se necessário fortalecer a Atenção Primária, regionalizar serviços, integrar informações clínicas e apoiar socialmente famílias em situação de maior vulnerabilidade econômica (HANNA et al., 2026). Também é essencial reconhecer que itinerários longos e precários produzem exclusão sanitária cumulativa ao longo do tempo e comprometem oportunidades futuras de inclusão (SILVA, I. P., 2025). Reduzir tais desigualdades constitui condição central para efetivar a integralidade do cuidado no SUS e garantir direitos historicamente negligenciados (BRASIL, 2014).

3 FRAGMENTAÇÃO DA REDE E DESAFIOS DA INTEGRALIDADE

O cuidado ao TEA exige articulação permanente entre diferentes níveis assistenciais e setores sociais, pois as necessidades apresentadas ultrapassam intervenções isoladas e demandam acompanhamento contínuo ao longo do ciclo vital (BRASIL, 2015). Entretanto, a comunicação entre serviços ainda ocorre de forma precária em muitos territórios, dificultando a circulação de informações clínicas e a construção de condutas compartilhadas entre equipes multiprofissionais (NUNES, 2024). Como resultado, usuários e familiares enfrentam percursos fragmentados, marcados por repetição de encaminhamentos e baixa resolutividade institucional (HANNA et al., 2026).

Na prática cotidiana, pessoas com TEA transitam entre unidades básicas de saúde, centros especializados, serviços de reabilitação e dispositivos da saúde mental sem plano terapêutico integrado e longitudinalmente acompanhado (SILVA, 2019). Em muitos casos, cada serviço atua de forma parcial, focalizando demandas específicas sem reconhecer a complexidade global do sujeito e de sua rede familiar (CRUZ, 2025). Soma-se a isso a inexistência de mecanismos robustos de referência e contrarreferência entre pontos assistenciais distintos (OLIVEIRA, 2024). Dessa forma, o sistema transfere ao usuário a tarefa de costurar vínculos que deveriam ser garantidos institucionalmente (BRASIL, 2015).

A Rede de Atenção Psicossocial possui potencial estratégico nesse campo, especialmente nos casos associados a sofrimento psíquico, crises comportamentais e demandas familiares complexas que exigem suporte interdisciplinar continuado (NUNES, 2024). Todavia, nem todos os serviços se reconhecem como corresponsáveis pelo cuidado ao TEA, mantendo interpretações restritivas sobre elegibilidade assistencial e limites de atuação clínica (SILVA, 2019). Essa postura reduz a potência da rede e amplia zonas de desassistência entre diferentes dispositivos públicos (HANNA et al., 2026).

Outro ponto crítico refere-se à interface entre saúde e educação, dimensão indispensável para inclusão social, aprendizagem e desenvolvimento funcional de crianças e adolescentes autistas em idade escolar (CRUZ, 2025). Escolas frequentemente necessitam apoio técnico para manejo comportamental, adaptações pedagógicas e construção de estratégias comunicacionais individualizadas (BRAÚNA, 2025). Quando esse diálogo não ocorre de modo sistemático, famílias tornam-se mediadoras solitárias entre sistemas públicos desconectados e pouco cooperativos (SILVA, I. P., 2025). Tal cenário compromete tanto o desempenho escolar quanto a estabilidade emocional do núcleo familiar (HANNA et al., 2026).

Também merece destaque a fragilidade das transições assistenciais entre infância, adolescência e vida adulta, etapa historicamente pouco contemplada nas políticas públicas voltadas ao TEA (BRASIL, 2014). Muitos serviços concentram recursos em crianças pequenas, enquanto adolescentes e adultos encontram escassez de acompanhamento especializado, inserção ocupacional e suporte psicossocial continuado (BOLATTO, 2024). O resultado é a perda de longitudinalidade justamente em momentos marcados por novas demandas clínicas e sociais relevantes (CRUZ, 2025).

Superar a fragmentação da rede requer coordenação clínica robusta, pactuação interfederativa e definição clara de responsabilidades entre os diversos pontos de atenção existentes no SUS (BRASIL, 2015). A Atenção Primária pode exercer papel central nesse processo quando apoiada por matriciamento, educação permanente e canais efetivos de comunicação com serviços especializados (NUNES, 2024). Também se faz necessário integrar saúde, educação e assistência social como política cotidiana e não apenas como diretriz formal abstrata (HANNA et al., 2026). Somente uma rede viva, cooperativa e territorializada poderá materializar o princípio da integralidade para pessoas com TEA e suas famílias (BRASIL, 2014).

4 CAMINHOS PARA O FORTALECIMENTO DA REDE DE CUIDADO

O fortalecimento da rede de cuidado ao TEA no SUS exige, como primeiro eixo estruturante, a qualificação da Atenção Primária à Saúde enquanto porta de entrada preferencial e coordenadora do cuidado nos territórios (BRASIL, 2015). Equipes preparadas para identificar sinais precoces, acolher famílias e acompanhar longitudinalmente os casos tendem a reduzir atrasos diagnósticos e a melhorar a continuidade assistencial desde os primeiros anos de vida (CRUZ, 2025). Quando a atenção básica atua de forma resolutiva e articulada, amplia-se a capacidade do sistema de responder com equidade às diferentes necessidades apresentadas pelos usuários (HANNA et al., 2026).

Outro caminho indispensável consiste no investimento permanente em educação profissional voltada ao TEA, contemplando dimensões clínicas, comunicacionais, familiares e sociais do cuidado contemporâneo (OLIVEIRA, 2024). Muitos trabalhadores ingressam nos serviços sem formação suficiente para lidar com a heterogeneidade do espectro e com práticas centradas na singularidade do sujeito (SILVA, 2019). Soma-se a isso a persistência de abordagens excessivamente medicalizantes ou fragmentadas, pouco sensíveis à perspectiva da neurodiversidade (NUNES, 2024). A educação permanente, portanto, deve ser entendida como componente estratégico da qualidade assistencial no SUS (BRASIL, 2014).

Também se mostra fundamental ampliar e regionalizar a oferta de serviços especializados, especialmente em municípios de pequeno e médio porte que dependem de centros distantes para assistência continuada (BOLATTO, 2024). Pactuações interfederativas podem permitir compartilhamento de equipes, linhas regionais de referência e uso mais racional de recursos públicos escassos (HANNA et al., 2026). Com isso, reduz-se a concentração histórica de serviços em grandes centros urbanos e atenuam-se barreiras territoriais persistentes no acesso ao cuidado (SILVA, I. P., 2025).

Paralelamente, o apoio sistemático às famílias precisa ocupar lugar central nas políticas públicas, uma vez que o núcleo cuidador sustenta grande parte da continuidade terapêutica cotidiana (BRAÚNA, 2025). Grupos educativos, acolhimento psicológico, orientação social e espaços de escuta qualificada podem diminuir sobrecarga emocional e insegurança frente ao percurso assistencial (CRUZ, 2025). Em contextos de vulnerabilidade econômica, tais medidas tornam-se ainda mais relevantes para prevenir

abandono terapêutico e exaustão familiar (SILVA, I. P., 2025). O cuidado da pessoa autista depende, em larga medida, do cuidado ofertado à sua rede de apoio (BRASIL, 2015).

Outro aspecto decisivo envolve a modernização da gestão e da comunicação entre serviços por meio de sistemas de informação integrados e fluxos assistenciais claramente definidos (NUNES, 2024). Prontuários interoperáveis e mecanismos efetivos de referência e contrarreferência favorecem continuidade clínica, evitam duplicidade de avaliações e reduzem perdas de seguimento (OLIVEIRA, 2024). Além disso, dados consistentes permitem planejamento regional mais preciso e monitoramento contínuo da qualidade da atenção ofertada (BOLATTO, 2024).

Por fim, nenhuma estratégia de fortalecimento será plenamente efetiva sem participação social ativa das pessoas autistas, de suas famílias e dos movimentos de defesa de direitos (SILVA, 2019). Usuários e cuidadores conhecem barreiras concretas frequentemente invisíveis aos processos decisórios centralizados e podem contribuir para políticas mais aderentes à realidade cotidiana (BRAÚNA, 2025). Escuta qualificada, controle social e coprodução de soluções ampliam legitimidade institucional e efetividade das ações públicas (HANNA et al., 2026). Consolidar uma rede de cuidado humanizada pressupõe reconhecer essas vozes como protagonistas permanentes da transformação do SUS (BRASIL, 2014).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise das fragilidades da rede de cuidado ao Transtorno do Espectro Autista no Sistema Único de Saúde evidencia que os avanços normativos conquistados nas últimas décadas ainda não se traduziram plenamente em acesso universal, oportuno e contínuo nos diferentes territórios brasileiros. Persistem barreiras relacionadas ao diagnóstico tardio, à insuficiência de serviços especializados, à fragmentação entre níveis assistenciais e às desigualdades regionais na distribuição de recursos. Tal cenário demonstra que a garantia formal de direitos precisa ser acompanhada por capacidade concreta de implementação, gestão qualificada e financiamento compatível com a complexidade das demandas existentes.

Observa-se, ainda, que a insuficiência da rede pública repercute para além do campo estritamente clínico, atingindo dimensões educacionais, econômicas e psicossociais das famílias. Quando o sistema não coordena o cuidado de forma efetiva, cuidadores assumem responsabilidades excessivas na busca por serviços, no acompanhamento terapêutico e na mediação entre instituições distintas. Esse deslocamento de responsabilidades amplia sobrecarga emocional, compromete renda familiar e aprofunda desigualdades sociais historicamente presentes na sociedade brasileira.

Diante disso, fortalecer a atenção ao TEA exige consolidar uma rede viva, territorializada e intersetorial, capaz de articular saúde, educação e assistência social em torno das necessidades singulares de cada usuário. A Atenção Primária deve ocupar posição estratégica como coordenadora do cuidado, apoiada por serviços especializados acessíveis, profissionais qualificados e sistemas integrados de

informação. Somente com planejamento contínuo, participação social e compromisso ético com a inclusão será possível transformar diretrizes legais em cuidado efetivamente digno, equânime e humanizado.

Referências bibliográficas

BOLATTO, N. B. Redes de cuidado e a assistência ofertada às crianças e adolescentes com transtorno do espectro autista em um município de médio porte. São Carlos: Universidade Federal de São Carlos, 2024.

BRAÚNA, H. C. D. C. Avaliação da perspectiva dos responsáveis por crianças autistas acerca dos serviços de saúde. *Research, Society and Development*, v. 14, 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com transtornos do espectro do autismo (TEA). Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Linha de cuidado para a atenção às pessoas com transtorno do espectro do autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

CRUZ, K. O. da. A rede de atenção à saúde para crianças com TEA: experiência e desafios. *Revista Foco*, v. 18, 2025.

HANNA, L. M. O. et al. Desafios e lacunas na integração do cuidado em pessoas com transtorno do espectro autista no Brasil: uma análise crítica. *Revista OWL*, v. 4, 2026.

NUNES, A. S. A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e suas construções sobre a Linha de Cuidado para o Autismo. *Revista Contemporânea*, v. 4, n. 1, 2024.

OLIVEIRA, J. D. O. Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com TEA: uma análise documental. *Enfermagem Atual*, 2024.


SILVA, I. P. da. Impacto socioeconômico do transtorno do espectro autista e barreiras no acesso à rede. *Revista Multidisciplinar*, 2025.

SILVA, L. S. O sujeito autista na Rede SUS: (im)possibilidade de cuidado. *Fractal: Revista de Psicologia*, v. 31, n. 1, p. 7-16, 2019.

CAPÍTULO 8

VULNERABILIDADE SOCIAL E DESIGUALDADES NO CUIDADO EM SAÚDE

SOCIAL VULNERABILITY AND INEQUALITIES IN HEALTH CARE

 <https://doi.org/10.63330/livroautoral502026-008>

Isabela Felipe Ribeiro

Acadêmica de Medicina
Centro Universitário de Goiatuba (Unicerrado)
E-mail: isabelafribeiro08@gmail.com.

Kamylla Franco Peres

Acadêmica de Medicina
Centro Universitário Alfredo Nasser
E-mail: kagabi17@icloud.com

Mariana Moreira de Oliveira

Acadêmica de Medicina
Centro Universitário Alfredo Nasser
E-mail: marianamoreira.medicina@gmail.com

Isabelle Arruda Leão Oliveira

Acadêmica de Medicina
Centro Universitário de Goiatuba (Unicerrado)
E-mail: isabellearrudaleao@gmail.com.

Nicole Segnor Sauer

Acadêmica de Medicina
Centro Universitário Alfredo Nasser (UNIFAN)
E-mail: nicole.segnor.sauer@gmail.com.

Vitor de Franco Gomes Filgueira

Acadêmico de Medicina
Centro Universitário de Goiatuba (Unicerrado)
E-mail: vitordf97@gmail.com.

Maria Júlia Franco de Lima Guimarães

Acadêmica de Medicina
Centro Universitário Alfredo Nasser (UNIFAN)
E-mail: mj.francolimagui@gmail.com.

Ana Beatriz Cordeiro Barros

Acadêmica de Medicina
Centro Universitário de Goiatuba (Unicerrado)
E-mail: anabeatrizcordeirobarros26@gmail.com

Lídia Acyole de Souza

Doutora em Ciências da Saúde
Universidade Federal de Goiás (UFG)
E-mail: lidia.acyole@gmail.com

RESUMO

A vulnerabilidade social constitui eixo central para compreender a distribuição desigual de riscos, adoecimentos e oportunidades de cuidado nas sociedades contemporâneas. Em contextos marcados por pobreza, insegurança alimentar, moradia precária, discriminações estruturais e inserção laboral instável, indivíduos e coletividades enfrentam obstáculos persistentes para preservar a saúde e acessar serviços oportunos. No campo da Saúde Coletiva, o conceito ultrapassa dimensões estritamente econômicas e incorpora processos históricos, territoriais, culturais e políticos que condicionam exposições diferenciadas a agravos e respostas institucionais desiguais. Assim, a análise do cuidado exige observar como renda, escolaridade, gênero, raça, deficiência, idade, mobilidade urbana e redes de apoio interferem no uso dos serviços e na continuidade terapêutica. No Brasil, o Sistema Único de Saúde possui papel estratégico ao combinar universalidade formal com políticas orientadas pela equidade, buscando priorizar grupos mais afetados por injustiças sociais. Entretanto, persistem barreiras organizacionais, comunicacionais e simbólicas que limitam a integralidade da atenção. Além disso, crises econômicas, mudanças demográficas e eventos sanitários ampliam a pressão sobre territórios já fragilizados. Este capítulo discute fundamentos teóricos da vulnerabilidade social, seus impactos sobre diferentes etapas do cuidado e os desafios contemporâneos para a gestão pública. Também examina a relevância da Atenção Primária à Saúde, da ação intersetorial e da produção de vínculos comunitários como estratégias de enfrentamento. Ao final, sustenta-se que reduzir desigualdades em saúde depende de políticas sustentadas, financiamento adequado, participação social e reconhecimento das singularidades territoriais. Trata-se, portanto, de agenda indispensável para consolidar sistemas de saúde democráticos e responsivos.

Palavras-chave: Vulnerabilidade social; Determinantes sociais da saúde; Equidade; Atenção Primária; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

Social vulnerability is central to understanding the unequal distribution of risks, illness, and access to care in contemporary societies. In contexts marked by poverty, food insecurity, substandard housing, structural discrimination, and unstable employment, individuals and communities face persistent obstacles to maintaining their health and accessing timely services. In the field of Public Health, the concept goes beyond strictly economic dimensions and incorporates historical, territorial, cultural, and political processes that shape differential exposures to health risks and unequal institutional responses. Thus, an analysis of healthcare requires examining how income, education, gender, race, disability, age, urban mobility, and support networks influence the use of services and treatment continuity. In Brazil, the Unified Health System plays a strategic role by combining formal universality with equity-oriented policies, seeking to

prioritize groups most affected by social injustices. However, organizational, communicational, and symbolic barriers persist, limiting the comprehensiveness of care. Furthermore, economic crises, demographic shifts, and public health events increase the pressure on already vulnerable regions. This chapter discusses the theoretical foundations of social vulnerability, its impacts on different stages of care, and contemporary challenges for public management. It also examines the relevance of Primary Health Care, intersectoral action, and the building of community ties as coping strategies. Finally, it argues that reducing health inequalities depends on sustained policies, adequate funding, social participation, and recognition of territorial particularities. This is, therefore, an indispensable agenda for consolidating democratic and responsive health systems.

Keywords: Social vulnerability; Social determinants of health; Equity; Primary care; Unified Health System.

1 INTRODUÇÃO

A saúde das populações não pode ser explicada apenas por fatores biológicos isolados, pois resulta da interação entre condições econômicas, sociais e culturais que estruturam a vida cotidiana. Nesse sentido, a vulnerabilidade social tornou-se conceito central para a Saúde Coletiva, ao permitir compreender por que determinados grupos adoecem mais e encontram maiores obstáculos para acessar cuidados oportunos. As desigualdades sociais distribuem riscos, oportunidades e expectativas de vida de maneira profundamente desigual entre territórios e classes sociais (OMS, 2024). Por isso, discutir vulnerabilidade significa analisar também justiça social e cidadania sanitária (JUSTINO, 2025).

A renda familiar, a escolaridade e a inserção no mercado de trabalho influenciam diretamente as possibilidades de prevenção e tratamento ao longo da vida. Famílias com poucos recursos precisam conciliar gastos com alimentação, moradia, transporte e medicamentos, o que frequentemente leva ao adiamento de consultas e exames importantes (PENHA, 2024). Além disso, vínculos laborais precários reduzem tempo disponível para buscar atendimento e dificultam a continuidade terapêutica. Dessa forma, a pobreza material converte-se em maior exposição ao adoecimento e menor capacidade de resposta diante das crises sanitárias (NEUMANN, 2025).

As condições de moradia e o território também exercem papel decisivo sobre os resultados em saúde observados na população. Ambientes precários, ausência de saneamento básico, violência urbana e longas distâncias até unidades assistenciais ampliam riscos evitáveis e limitam o acompanhamento regular (OMS, 2024). Em regiões periféricas e áreas rurais, a menor oferta de serviços especializados reforça desigualdades historicamente acumuladas. O lugar onde se vive, portanto, organiza oportunidades concretas de cuidado e proteção social (SILVA, 2026; FIOCRUZ, 2024).

No Brasil, o Sistema Único de Saúde representa uma das principais respostas institucionais às iniquidades sociais existentes. A universalidade do acesso constitui conquista civilizatória relevante, mas o direito formal nem sempre elimina barreiras organizacionais como filas prolongadas, escassez de profissionais e dificuldades de agendamento (BRASIL, 2024). Quando esses obstáculos se concentram em territórios vulneráveis, os grupos mais necessitados tornam-se justamente os mais prejudicados. Assim, fortalecer o SUS implica ampliar sua capacidade redistributiva e sua presença qualificada nos locais de maior necessidade (BRASIL, 2024).

Além das carências materiais, a vulnerabilidade social envolve dimensões simbólicas e relacionais frequentemente invisibilizadas pelas estatísticas tradicionais. Estigmas sociais, discriminações institucionais, racismo estrutural e falhas de comunicação fragilizam vínculos entre usuários e equipes de saúde, reduzindo confiança e adesão terapêutica (MOREIRA, 2023). Na saúde mental, tais processos se associam ao sofrimento psíquico decorrente da insegurança econômica, da violência cotidiana e do isolamento social. Por isso, compreender o cuidado exige considerar experiências subjetivas e relações de poder presentes nos serviços (CARMO, 2024).

Diante desse cenário, este capítulo justifica-se pela necessidade de aprofundar o debate sobre como desigualdades sociais interferem no cuidado em saúde e desafiam a efetivação da equidade. O objetivo geral é analisar os principais mecanismos pelos quais a vulnerabilidade social condiciona acesso, qualidade assistencial e resultados sanitários nas diferentes populações. Busca-se ainda discutir o papel da Atenção Primária, da intersetorialidade e das políticas públicas na redução dessas assimetrias. Pretende-se, por fim, oferecer base analítica útil para estudantes, pesquisadores e profissionais comprometidos com práticas mais justas e integrais.

2 DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE E PRODUÇÃO DAS VULNERABILIDADES

Os determinantes sociais da saúde correspondem ao conjunto de condições econômicas, políticas, culturais e ambientais que moldam a vida das populações. Nesse sentido, a saúde deixa de ser compreendida apenas como evento biológico individual e passa a refletir processos coletivos mais amplos. A Organização Mundial da Saúde sustenta que oportunidades desiguais produzem desfechos sanitários igualmente desiguais entre grupos sociais (OMS, 2024). Sob essa perspectiva, analisar vulnerabilidade social significa investigar como recursos, poder e reconhecimento são distribuídos na sociedade. Não se trata apenas de medir pobreza monetária, mas de compreender limitações concretas de escolha e proteção cotidiana. Justino (2025) observa que desigualdades estruturais interferem diretamente no desenvolvimento humano e na capacidade de cuidado.

A renda ocupa posição central nesse debate porque condiciona acesso a bens indispensáveis para a manutenção da saúde. Alimentação adequada, moradia segura, transporte regular e possibilidade de lazer

dependem, em grande medida, da disponibilidade financeira familiar. Quando esse recurso é escasso, ampliam-se exposições evitáveis e reduzem-se margens de proteção social (PENHA, 2024).

Além disso, a insuficiência de renda repercute sobre decisões clínicas aparentemente simples, como comparecer a consultas ou adquirir medicamentos prescritos. Muitas famílias precisam priorizar despesas imediatas relacionadas à sobrevivência cotidiana, adiando exames e tratamentos continuados. Neumann (2025) demonstra que a vulnerabilidade econômica repercute inclusive no acompanhamento nutricional e no controle de doenças crônicas.

A escolaridade também constitui determinante decisivo, pois influencia leitura crítica da realidade e uso qualificado dos serviços de saúde. Pessoas com maior trajetória educacional tendem a compreender melhor orientações terapêuticas, calendários preventivos e sinais precoces de agravamento clínico. Em contrapartida, barreiras educacionais ampliam dependência institucional e insegurança diante do sistema (SILVA, 2026).

O trabalho, por sua vez, deve ser entendido como espaço simultâneo de proteção e risco social. Empregos formais oferecem renda, estabilidade e acesso a direitos, enquanto ocupações precárias frequentemente impõem jornadas extensas, insegurança e adoecimento ocupacional. Moreira (2023) destaca que a precarização laboral fragiliza vínculos sociais e limita o autocuidado continuado.

O território onde se vive também organiza oportunidades desiguais de saúde e bem-estar. Bairros periféricos costumam concentrar menor oferta de equipamentos públicos, violência urbana, saneamento insuficiente e mobilidade restrita. A Fiocruz (2024) ressalta que o espaço urbano pode funcionar como produtor ativo de vulnerabilidades acumuladas.

Quando renda baixa, pouca escolaridade, trabalho precário e segregação territorial se sobrepõem, os efeitos tornam-se cumulativos e persistentes. Mulheres pobres, pessoas negras, idosos dependentes e populações historicamente marginalizadas frequentemente experimentam múltiplas desvantagens simultâneas. Por isso, enfrentar vulnerabilidades exige políticas intersetoriais orientadas pela equidade e pela justiça social (BRASIL, 2024; MAIA, 2025).

3 BARREIRAS DE ACESSO E USO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

O acesso aos serviços de saúde não pode ser reduzido à simples existência física de unidades assistenciais em determinado território. Para que o direito constitucional se concretize, é necessário haver disponibilidade real, acolhimento qualificado, continuidade terapêutica e capacidade resolutiva das equipes. Nesse sentido, a vulnerabilidade social opera como importante filtro de exclusão no cotidiano dos sistemas públicos (SILVA, 2026).

Muitas populações residentes em periferias urbanas e áreas rurais enfrentam obstáculos geográficos persistentes para alcançar serviços básicos e especializados. Longas distâncias, transporte irregular e custos

de deslocamento tornam consultas e exames eventos difíceis de sustentar ao longo do tempo. A Fiocruz (2024) destaca que barreiras territoriais ampliam atrasos diagnósticos e interrupções assistenciais evitáveis.

Além da dimensão espacial, existem barreiras organizacionais que limitam o uso oportuno dos serviços de saúde. Filas extensas, agendas reduzidas, demora na marcação de exames e escassez de profissionais fragilizam a confiança dos usuários no sistema. Quando tais problemas incidem sobre grupos socialmente vulneráveis, seus efeitos tornam-se ainda mais intensos (BRASIL, 2024).

Outro aspecto relevante envolve a incompatibilidade entre horários de funcionamento dos serviços e a rotina laboral da população trabalhadora. Pessoas inseridas em empregos informais ou jornadas rígidas frequentemente perdem renda ao faltar ao trabalho para buscar atendimento. Nesses casos, o custo social da consulta pode ser percebido como excessivamente alto (MOREIRA, 2023).

As barreiras econômicas indiretas também merecem destaque analítico. Embora o atendimento público seja gratuito, despesas com transporte, alimentação fora do domicílio e compra de medicamentos não disponíveis representam limitações concretas para muitas famílias. Penha (2024) argumenta que o acesso formal não elimina desigualdades materiais de utilização.

Há ainda obstáculos comunicacionais frequentemente invisibilizados na gestão cotidiana dos serviços. Linguagem excessivamente técnica, fluxos burocráticos complexos e orientações pouco claras dificultam a navegação institucional, sobretudo entre usuários com baixa escolaridade. Isso compromete adesão terapêutica e retorno adequado para seguimento clínico (SILVA, 2026). As experiências de discriminação institucional aprofundam esse cenário de exclusão. Racismo estrutural, estigmas territoriais, preconceitos de gênero e tratamento desrespeitoso afastam usuários que já vivenciam condições sociais adversas. Maia (2025) observa que cuidado sem reconhecimento tende a reproduzir desigualdades preexistentes.

Superar tais barreiras exige reorganização sistêmica orientada pela equidade e pela centralidade do usuário. Ampliação de horários, fortalecimento da Atenção Primária, regulação eficiente e formação humanizada das equipes são medidas estratégicas. O acesso efetivo depende, portanto, de políticas capazes de reconhecer diferenças sociais concretas e responder a elas (BRASIL, 2024; OMS, 2024).

4 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E CUIDADO TERRITORIALIZADO

A Atenção Primária à Saúde ocupa posição estratégica no enfrentamento das vulnerabilidades sociais por constituir a principal porta de entrada do sistema público. Sua proximidade com os territórios permite reconhecer necessidades concretas que muitas vezes permanecem invisíveis nos níveis especializados. Nesse sentido, a APS articula cuidado clínico, prevenção e vínculo comunitário de forma integrada (BRASIL, 2024).

Diferentemente de modelos centrados apenas na demanda imediata, a lógica da Atenção Primária valoriza acompanhamento longitudinal e responsabilização sanitária contínua. Isso significa conhecer trajetórias familiares, condições de moradia, redes de apoio e fatores de risco presentes no cotidiano dos usuários. Silva (2026) destaca que tal abordagem amplia

resolutividade e reduz desigualdades no acesso.

O território, nessa perspectiva, não é apenas delimitação geográfica administrativa. Ele representa espaço social marcado por relações econômicas, culturais e históricas que interferem diretamente na produção da saúde. Por isso, equipes territorializadas conseguem planejar ações mais adequadas às especificidades locais (FIOCRUZ, 2024). As visitas domiciliares exemplificam a potência dessa estratégia assistencial. Ao adentrar o espaço doméstico, profissionais identificam barreiras alimentares, dificuldades funcionais, violências e fragilidades familiares que não aparecem em consultas rápidas. Mousinho et al. (2025) ressaltam que essa aproximação fortalece cuidado integral e prevenção de agravos.

Outro elemento central da APS consiste na construção de vínculo entre usuários e equipes multiprofissionais. Relações baseadas em confiança favorecem adesão terapêutica, escuta qualificada e procura precoce diante de sintomas relevantes. Em populações vulneráveis, o vínculo frequentemente representa condição decisiva para permanência no cuidado (MAIA, 2025).

A coordenação do cuidado também integra as funções essenciais da Atenção Primária contemporânea. Cabe à APS organizar fluxos para exames, especialidades e acompanhamento de condições crônicas, evitando fragmentação assistencial. Quando essa coordenação falha, usuários socialmente frágeis tendem a se perder entre encaminhamentos e burocracias (BRASIL, 2024). Contudo, persistem desafios estruturais importantes para consolidar esse modelo. Rotatividade de profissionais, subfinanciamento, sobrecarga assistencial e precarização do trabalho limitam capacidade de resposta em muitos municípios. Moreira (2023) observa que políticas ambiciosas dependem de sustentação material permanente.

Além disso, a integração entre saúde e outros setores públicos amplia a potência da Atenção Primária nos territórios. Articulações com escolas, assistência social, habitação e programas de segurança alimentar permitem respostas mais abrangentes às necessidades locais. Quando há cooperação institucional, o cuidado torna-se mais efetivo e menos fragmentado (BRASIL, 2024; FIOCRUZ, 2024).

Também merece destaque o papel educativo desempenhado pelas equipes da APS junto às comunidades acompanhadas. Ações coletivas de promoção da saúde fortalecem autonomia, participação social e prevenção de agravos evitáveis. Essa dimensão pedagógica reforça a cidadania sanitária e amplia a capacidade comunitária de cuidado (OMS, 2024; MOUSINHO et al., 2025).

Fortalecer a Atenção Primária significa ampliar a capacidade redistributiva do sistema de saúde brasileiro. Onde a APS funciona de modo resolutivo, desigualdades tendem a ser mitigadas por cuidado

próximo, contínuo e preventivo. Assim, investir nesse nível assistencial é estratégia essencial para promover equidade sanitária duradoura (OMS, 2024; BRASIL, 2024).

5 INTERSETORIALIDADE, EQUIDADE E DESAFIOS FUTUROS DO CUIDADO EM SAÚDE

A vulnerabilidade social não pode ser enfrentada exclusivamente pelos serviços de saúde, pois suas causas ultrapassam o campo assistencial. Questões relacionadas à pobreza, moradia precária, insegurança alimentar e exclusão educacional exigem respostas articuladas entre diferentes setores públicos. Nesse sentido, a intersectorialidade torna-se princípio estratégico para a promoção da equidade sanitária (OMS, 2024).

Quando políticas de saúde dialogam com assistência social, educação e trabalho, ampliam-se as possibilidades de intervenção sobre causas estruturais do adoecimento. Programas de transferência de renda, permanência escolar e qualificação profissional repercutem positivamente nos indicadores de saúde coletiva. Justino (2025) destaca que desenvolvimento social e proteção sanitária caminham de forma inseparável.

No contexto brasileiro, iniciativas recentes buscaram fortalecer essa integração institucional. O Programa Brasil Saudável propõe ações coordenadas para reduzir vulnerabilidades, prevenir agravos e qualificar respostas governamentais em territórios prioritários. Tal orientação reconhece que a saúde depende também de políticas sociais consistentes (BRASIL, 2024).

A equidade, contudo, não significa oferecer exatamente o mesmo para todos os grupos populacionais. Trata-se de distribuir recursos e esforços conforme necessidades distintas, priorizando populações mais expostas a riscos e barreiras históricas. Penha (2024) argumenta que igualdade formal sem compensação das desigualdades tende a perpetuar injustiças.

Sob essa ótica, territórios periféricos, comunidades rurais, povos tradicionais e grupos socialmente discriminados demandam atenção diferenciada do Estado. A alocação de equipes, financiamento e tecnologias deve considerar desigualdades concretas de acesso e adoecimento. A universalidade somente se realiza plenamente quando combinada à equidade (FIOCRUZ, 2024). Outro desafio relevante envolve a produção de informações capazes de orientar decisões públicas qualificadas. Indicadores agregados muitas vezes ocultam diferenças entre bairros, grupos raciais e faixas de renda, dificultando respostas precisas. O monitoramento contínuo das desigualdades é condição para políticas mais eficientes (BRASIL, 2024). Além disso, transformações demográficas e epidemiológicas impõem novas exigências aos sistemas de saúde contemporâneos.

O envelhecimento populacional, o crescimento das doenças crônicas e os impactos das crises econômicas ampliam demandas assistenciais complexas. Maia (2025) observa que populações vulneráveis tendem a sofrer mais intensamente tais mudanças. As emergências sanitárias recentes também evidenciaram

fragilidades estruturais persistentes. Eventos epidêmicos afetam de modo desigual grupos que vivem em moradias precárias ou dependem do trabalho informal para sobreviver. Assim, vulnerabilidade social e risco coletivo permanecem fortemente conectados (OMS, 2024).

Diante desse cenário, o futuro do cuidado em saúde dependerá de sistemas públicos robustos, integrados e territorialmente sensíveis. Investimento estável, valorização profissional e participação social são componentes indispensáveis para respostas sustentáveis. Sem esses elementos, a desigualdade tende a reproduzir-se institucionalmente (MOREIRA, 2023).

Portanto, consolidar a equidade exige decisão política contínua e compromisso ético com a justiça social. Cuidar adequadamente das populações vulneráveis não representa favor estatal, mas cumprimento de direitos fundamentais. O desafio futuro consiste em transformar esse princípio em prática cotidiana e duradoura (BRASIL, 2024; OMS, 2024).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A vulnerabilidade social revelou-se, ao longo deste capítulo, como elemento central para compreender a distribuição desigual do adoecimento, do sofrimento e das oportunidades de cuidado nas sociedades contemporâneas. Não se trata de condição individual isolada, mas de processo historicamente produzido por relações econômicas, territoriais e políticas que limitam escolhas concretas de determinados grupos sociais. Nesse sentido, analisar saúde sem considerar desigualdades estruturais significa reduzir fenômenos complexos a explicações insuficientes.

Também se evidenciou que o acesso formal aos serviços de saúde, embora indispensável, não garante por si só cuidado efetivo e integral. Barreiras geográficas, organizacionais, econômicas e simbólicas continuam afastando populações vulneráveis das redes assistenciais, especialmente quando associadas à discriminação institucional e à precariedade social. Por isso, a Atenção Primária à Saúde, o cuidado territorializado e a articulação intersetorial permanecem estratégias decisivas para ampliar proteção e continuidade terapêutica.

Por fim, a promoção da equidade exige mais do que expansão administrativa de serviços, requerendo compromisso político permanente com justiça social e redistribuição de oportunidades. Sistemas públicos robustos, financiamento adequado, valorização profissional e participação social constituem bases essenciais para respostas sustentáveis. Cuidar das populações vulneráveis, portanto, representa não apenas desafio técnico, mas expressão concreta de democracia e cidadania sanitária.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR 10520: citações em documentos. Rio de Janeiro: ABNT, 2023.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR 6023: referências - elaboração. Rio de Janeiro: ABNT, 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes do Programa Brasil Saudável. Brasília: Ministério da Saúde, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2024-2027. Brasília: Ministério da Saúde, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2023. Brasília: Ministério da Saúde, 2024.

CARMO, G. M. do. Vulnerabilidade social na saúde mental. Revista Contemporânea, 2024.

FIOCRUZ. Saúde das Populações Vulneráveis. Campo Grande: Fiocruz-MS, 2024.

JUSTINO, N. F. Determinantes sociais da saúde. REASE, v. 11, 2025.

MAIA, N. A. da. Desafios da atenção integral. LEV, v. 12, 2025.

MOREIRA, H. G. Determinantes sociais de saúde. PMC, v. 15, 2023.

MOUSINHO, K. C. et al. Enfermagem na APS e DSS. Revista Psicologia, 2025

NEUMANN, A. P. F. M. Vulnerabilidade e nutrição. Revista de Estudos Interdisciplinares, 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Determinantes Sociais e Justiça Sanitária. Genebra: OMS, 2024.


PENHA, C. A. Desigualdades em saúde e determinantes sociais. Editora Científica 2024.

SILVA, M. E. da. Determinantes sociais e acesso na APS. Arace, v. 10, 2026.

CAPÍTULO 9

O PAPEL DO CUIDADOR E A DINÂMICA DO CUIDADO NO CONTEXTO DA SAÚDE INTEGRAL

THE ROLE OF THE CAREGIVER AND THE DYNAMICS OF CARE IN THE CONTEXT OF HOLISTIC HEALTHCARE

 <https://doi.org/10.63330/livroautoral502026-009>

Caio Castanheira Melo Ribeiro

Acadêmico de Medicina
Centro Universitário de Goiatuba (Unicerrado)
E-mail: castanheiracaio9@gmail.com

Bruno Silveira Leão

Acadêmico de Medicina
Centro Universitário Alfredo Nasser
E-mail: bruno_s_1@hotmail.com

Ana Paula Chaves e Pádua

Acadêmica de Medicina
Centro Universitário Alfredo Nasser (UNIFAN)
E-mail: anappadua@gmail.com

Ângela Aparecida Silveira

Acadêmica de Medicina
Centro Universitário Alfredo Nasser (UNIFAN)
E-mail: angelaap13@hotmail.com

Nathalia Duarte Costa

Acadêmica de Medicina
Centro Universitário Alfredo Nasser (UNIFAN)
E-mail: nathalia.duarte.costa@gmail.com

Paula Nayara Jesus Freitas

Acadêmica de Medicina
Centro Universitário Alfredo Nasser (UNIFAN)
E-mail: paulanayarajf@hotmail.com

Guilherme da Mata e Castro

Acadêmico de Medicina
Universidade de Rio Verde (UNIRV)
E-mail: guilhermemc020802@gmail.com

Kamylla Franco Peres

Acadêmica de Medicina
Centro Universitário Alfredo Nasser
E-mail: kagabi17@icloud.com

Lídia Acyole de Souza
Doutora em Ciências da Saúde
Universidade Federal de Goiás (UFG)
E-mail: lidia.acyole@gmail.com

RESUMO

O cuidado em saúde integral exige a compreensão ampliada das relações estabelecidas entre pessoas adoecidas, famílias, profissionais e redes institucionais. Nesse cenário, o cuidador, formal ou informal, assume posição estratégica na manutenção da vida cotidiana, no acompanhamento terapêutico e na mediação entre necessidades clínicas e demandas sociais. Sua atuação ultrapassa tarefas instrumentais, envolvendo apoio emocional, vigilância de sinais de agravamento, organização de rotinas e incentivo à autonomia possível. Entretanto, a centralidade desse papel frequentemente convive com invisibilidade social, sobrecarga física e sofrimento psíquico, sobretudo quando inexitem políticas públicas consistentes de suporte. Na Atenção Primária à Saúde, o cuidador emerge como parceiro essencial para longitudinalidade do cuidado, adesão terapêutica e prevenção de complicações em condições crônicas, dependência funcional e transtornos mentais. Ao mesmo tempo, a dinâmica do cuidado é atravessada por gênero, renda, vínculos familiares, disponibilidade de tempo e acesso desigual aos serviços. Dessa forma, compreender o cuidador implica reconhecer que cuidar também demanda cuidado. Estratégias como educação em saúde, apoio matricial, grupos terapêuticos, visitas domiciliares e articulação intersetorial tornam-se fundamentais para reduzir exaustão e ampliar competências. No campo da enfermagem, destaca-se o protagonismo na avaliação de necessidades, no acolhimento e na coordenação de planos terapêuticos compartilhados. Este capítulo analisa os desafios contemporâneos do cuidado, discute repercussões emocionais e sociais sobre cuidadores e propõe caminhos para fortalecer práticas integrais centradas nas pessoas e em seus territórios.

Palavras-chave: Cuidador; Saúde Mental; Atenção Primária; Cuidado Integral; Enfermagem.

ABSTRACT

Comprehensive healthcare requires a broader understanding of the relationships between patients, families, healthcare professionals, and institutional networks. In this context, caregivers—whether formal or informal—play a strategic role in maintaining daily life, supporting treatment, and mediating between clinical needs and social demands. Their role extends beyond instrumental tasks, involving emotional support, monitoring for signs of deterioration, organizing routines, and encouraging autonomy wherever possible. However, the centrality of this role often coexists with social invisibility, physical overload, and psychological distress, especially in the absence of consistent public support policies. In Primary Health

Care, the caregiver emerges as an essential partner for continuity of care, adherence to treatment, and prevention of complications in chronic conditions, functional dependence, and mental disorders. At the same time, the dynamics of care are shaped by gender, income, family ties, availability of time, and unequal access to services. Thus, understanding the caregiver implies recognizing that caregiving also requires care. Strategies such as health education, matrix support, therapeutic groups, home visits, and intersectoral coordination are essential for reducing burnout and enhancing competencies. In the field of nursing, a key role is played in needs assessment, patient reception, and the coordination of shared care plans. This chapter analyzes contemporary challenges in care, discusses the emotional and social repercussions on caregivers, and proposes pathways to strengthen comprehensive practices centered on people and their communities.

Keywords: Caregiver; Mental Health; Primary Care; Comprehensive Care; Nursing.

1 INTRODUÇÃO

A ampliação contemporânea do conceito de saúde deslocou o olhar biomédico restrito para uma compreensão mais abrangente do viver, incorporando determinantes sociais, vínculos e funcionalidade cotidiana (BRASIL, 2024). Nesse cenário, o cuidador passou a ocupar posição estratégica na manutenção da autonomia possível e no suporte às necessidades diárias das pessoas em sofrimento ou dependência (VILLAR et al., 2023). Não se trata apenas de executar tarefas práticas, mas de sustentar rotinas, afetos e segurança clínica. O cuidado, portanto, assume natureza relacional e contínua. Essa perspectiva exige reconhecer sujeitos historicamente invisibilizados no interior dos sistemas assistenciais. Quando o cuidador é ignorado, parte essencial do processo terapêutico permanece desassistida. Assim, discutir saúde integral implica necessariamente discutir quem cuida. Tal debate tornou-se central nas políticas públicas contemporâneas.

Historicamente, o trabalho de cuidar foi atribuído ao espaço doméstico e naturalizado como responsabilidade familiar, sobretudo feminina, produzindo desigualdades persistentes na distribuição dessa função social (COUTO et al., 2026). Em razão dessa herança cultural, muitas mulheres acumulam cuidado, trabalho remunerado e responsabilidades domésticas simultaneamente, frequentemente sem reconhecimento institucional adequado (SAUER et al., 2026). O resultado costuma ser sobrecarga física, emocional e financeira progressiva. Além disso, renúncias profissionais e isolamento social são recorrentes. A invisibilidade desse trabalho contribui para sua desvalorização simbólica. Mesmo sendo indispensável, o cuidado informal raramente integra indicadores econômicos e sanitários. Tal contradição revela limites importantes das sociedades contemporâneas. Valorizar o cuidador significa também enfrentar assimetrias históricas de gênero.

As transições demográfica e epidemiológica intensificaram ainda mais a relevância do tema, pois o envelhecimento populacional e a maior sobrevida com doenças crônicas ampliaram situações de dependência prolongada (SOUZA et al., 2026b). Condições como diabetes, hipertensão, demências e sequelas neurológicas exigem monitoramento diário, adesão terapêutica e reorganização das rotinas familiares (SOUZA et al., 2026d). Nesse contexto, o domicílio converte-se em espaço decisivo de produção do cuidado. Muitas condutas que definem desfechos clínicos ocorrem fora dos serviços formais. Alimentação, mobilidade, uso correto de medicamentos e observação de sinais de alerta dependem frequentemente da atuação do cuidador. Isso demonstra que a clínica extrapola o consultório. Cuidar, portanto, tornou-se prática compartilhada entre serviços, famílias e território. Ignorar essa realidade reduz a efetividade assistencial.

No campo da saúde mental, a centralidade do cuidador torna-se ainda mais evidente, uma vez que crises, sofrimento subjetivo e estigma social repercutem intensamente sobre as famílias e redes próximas (BRASIL, 2013). Frequentemente, familiares são os primeiros a acolher sintomas psíquicos, estimular a busca por ajuda e sustentar a continuidade terapêutica em momentos de instabilidade (LIMA et al., 2021). Contudo, sem apoio adequado, esse processo pode gerar medo, culpa e esgotamento. A sobrecarga emocional tende a ser silenciosa. Ademais, preconceitos sociais dificultam pedidos de ajuda e ampliam isolamento. Por isso, políticas territoriais e comunitárias são indispensáveis. O cuidado em saúde mental exige corresponsabilização entre serviços e famílias. Quando essa parceria falha, recaídas e rupturas tornam-se mais frequentes.

A Atenção Primária à Saúde apresenta potencial privilegiado para responder a essas demandas, pois opera com proximidade territorial, longitudinalidade e conhecimento do contexto familiar das pessoas acompanhadas (SOUZA et al., 2021). Equipes multiprofissionais podem identificar precocemente sinais de sobrecarga, orientar práticas seguras no domicílio e articular redes intersetoriais de proteção social (STIVAL et al., 2024). Além disso, visitas domiciliares ampliam a compreensão sobre barreiras concretas do cotidiano. O vínculo facilita escuta qualificada e confiança progressiva. A enfermagem destaca-se nesse processo pela presença contínua e capacidade educativa. Entretanto, fragilidades organizacionais ainda limitam respostas mais abrangentes. O apoio matricial surge como importante recurso de qualificação. Fortalecer a APS significa fortalecer também quem cuida diariamente.

Diante desse panorama, o presente capítulo justifica-se pela necessidade de conferir centralidade acadêmica e assistencial ao cuidador, frequentemente lembrado apenas de forma periférica nas discussões sanitárias e também se fundamenta na urgência de integrar saúde mental, cuidado familiar e Atenção Primária em estratégias mais humanas, resolutivas e sustentáveis (OMS, 2024).

2 SOBRECARGA DO CUIDADOR E REPERCUSSÕES BIOPSISSOCIAIS

A experiência de cuidar de forma contínua frequentemente produz repercussões que ultrapassam o cansaço cotidiano, alcançando dimensões físicas, emocionais e sociais profundamente relevantes para a saúde integral e para a sustentabilidade do próprio cuidado. Estudos recentes indicam que cuidadores informais apresentam maior prevalência de estresse crônico, dores musculoesqueléticas, fadiga persistente e sintomas ansiosos quando comparados à população geral, revelando importante vulnerabilidade sanitária desse grupo (SAUER et al., 2026; COUTO et al., 2026). Tal realidade decorre da responsabilidade permanente e da vigilância constante exigidas pelo processo de cuidado, que frequentemente reorganizam toda a rotina pessoal em função das necessidades do outro. Quando descanso, lazer, autocuidado e vida social são progressivamente reduzidos sem suporte externo adequado, o adoecimento secundário torna-se provável, razão pela qual a sobrecarga do cuidador deve ser reconhecida como questão clínica e social prioritária.

Sob essa ótica, a dimensão emocional merece atenção especial, pois o vínculo afetivo com a pessoa cuidada pode intensificar sentimentos ambivalentes de amor, culpa, irritação, tristeza e impotência diante das limitações impostas pela doença e pelas mudanças no cotidiano familiar. Em muitos casos, o cuidador sente que não pode falhar, internalizando expectativas irreais de disponibilidade permanente, desempenho impecável e renúncia constante às próprias necessidades (SOUZA et al., 2026a; COUTO et al., 2026). Essa autocrítica excessiva favorece sofrimento psíquico silencioso, especialmente quando há pouca divisão de tarefas e o cuidador principal passa a sentir-se sozinho, incompreendido ou emocionalmente abandonado. Tais experiências tendem a permanecer invisíveis nos serviços de saúde, motivo pelo qual acolher subjetivamente quem cuida constitui parte essencial da assistência qualificada e humanizada.

As repercussões econômicas também compõem o fenômeno da sobrecarga, especialmente quando o cuidador precisa reduzir jornada laboral, abandonar emprego ou assumir gastos adicionais com transporte, medicamentos, alimentação específica e adaptações domiciliares necessárias ao cuidado cotidiano. Esse cenário é particularmente grave em famílias vulnerabilizadas, nas quais qualquer perda de renda compromete a segurança material do domicílio e amplia incertezas relacionadas ao futuro (BRASIL, 2024; SOUZA et al., 2021). Nessas circunstâncias, o cuidado passa a coexistir com insegurança financeira permanente, tornando o estresse diário mais intenso e prolongado e obrigando muitas famílias a escolher entre necessidades igualmente urgentes. Por isso, políticas de proteção social e apoio material devem ser compreendidas como componentes indissociáveis do cuidado integral, pois sem suporte econômico a capacidade de cuidar torna-se progressivamente fragilizada.

Na Atenção Primária à Saúde, o reconhecimento precoce da sobrecarga pode modificar trajetórias de adoecimento tanto do cuidador quanto da pessoa assistida, uma vez que equipes vinculadas ao território conseguem identificar sinais silenciosos presentes no cotidiano familiar. Consultas, visitas domiciliares e

ações comunitárias permitem observar fadiga persistente, tristeza recorrente, conflitos relacionais e dificuldades práticas frequentemente omitidas em atendimentos pontuais ou centrados apenas na doença (SOUZA et al., 2021; STIVAL et al., 2024). A proximidade longitudinal favorece confiança, abertura emocional e leitura mais precisa do contexto social em que o cuidado se desenvolve, qualificando intervenções e prevenindo agravamentos evitáveis. Quando a APS assume esse papel, o cuidador passa a ser percebido como sujeito de cuidado e não apenas acompanhante, transformando o território em espaço concreto de corresponsabilização assistencial.

Entre as estratégias possíveis, destacam-se grupos de apoio, educação em saúde, pactuação familiar de responsabilidades e construção de redes solidárias capazes de reduzir a concentração de tarefas em uma única pessoa e ampliar sustentabilidade do cuidado ao longo do tempo. Intervenções simples, como orientações ergonômicas, organização de rotinas, manejo de sinais de alerta e planejamento de revezamentos, podem aliviar inseguranças importantes e diminuir desgaste físico cotidiano (BRASIL, 2024; VILLAR et al., 2023). Da mesma forma, o compartilhamento de experiências entre cuidadores reduz sentimentos de isolamento, fortalece recursos subjetivos e favorece aprendizagem coletiva diante de desafios comuns. O cuidado torna-se mais sustentável quando distribuído e apoiado socialmente, demonstrando que nenhuma pessoa deveria sustentar sozinha demandas complexas por tempo indefinido.

Nesse contexto, a enfermagem assume protagonismo singular ao articular escuta qualificada, avaliação integral e educação terapêutica voltada tanto à pessoa adoecida quanto ao seu cuidador, integrando dimensões clínicas, emocionais e sociais do processo assistencial. O contato frequente com famílias permite identificar sinais precoces de esgotamento, construir intervenções factíveis ajustadas à realidade doméstica e coordenar encaminhamentos interprofissionais necessários em situações complexas (MARTINES et al., 2022; STIVAL et al., 2024). Psicologia, assistência social e medicina complementam respostas quando articuladas de forma cooperativa, ampliando potência terapêutica e capacidade de resolução diante das demandas apresentadas. Assim, apoiar quem cuida não representa ação acessória, mas eixo estruturante da saúde integral, sobretudo quando se busca cuidado contínuo, humano e efetivamente compartilhado.

3 DINÂMICAS FAMILIARES, VÍNCULOS E AUTONOMIA NO PROCESSO DE CUIDAR

O cuidado em saúde raramente se limita à relação entre profissional e usuário, pois se desenvolve no interior de famílias atravessadas por histórias afetivas, conflitos prévios, pactos silenciosos e diferentes capacidades de apoio que influenciam diretamente a continuidade terapêutica. Quando uma condição crônica ou dependência funcional se instala, toda a organização familiar tende a ser reconfigurada, fazendo com que papéis antes estáveis sofram rearranjos importantes e exijam novas formas de convivência. Filhos passam a responder por pais fragilizados, cônjuges assumem tarefas antes inexistentes e irmãos negociam

responsabilidades de maneira nem sempre harmoniosa, o que modifica a rotina doméstica e a distribuição de poder entre seus membros. Nesse sentido, compreender a dinâmica familiar é indispensável para qualquer plano terapêutico consistente, já que o cuidado acontece concretamente no interior dessas relações (VILLAR et al., 2023; BRASIL, 2024).

Essas mudanças frequentemente despertam sentimentos ambivalentes, nos quais afeto, dever moral, gratidão, ressentimento e exaustão coexistem de maneira complexa no cotidiano do cuidado, sem que uma dimensão exclua a outra. A literatura demonstra que a experiência do cuidador não pode ser reduzida a altruísmo puro nem a sofrimento exclusivo, pois ambos os elementos se articulam simultaneamente e variam conforme o contexto vivido (COUTO et al., 2026; SAUER et al., 2026). Julgamentos simplistas tendem a aprofundar culpas já existentes, razão pela qual muitas famílias sentem vergonha por expressar cansaço ou silenciam conflitos para preservar aparente harmonia doméstica. Contudo, emoções não reconhecidas costumam emergir em forma de tensão relacional, e a escuta qualificada torna-se ferramenta capaz de transformar sofrimento difuso em diálogo possível e elaboração compartilhada.

Outro aspecto central refere-se à distribuição desigual das responsabilidades entre os membros familiares, situação que frequentemente concentra o cuidado em uma única pessoa, geralmente mulher, enquanto outros parentes participam de forma periférica, eventual ou apenas opinativa. Essa concentração amplia sobrecarga física e emocional, podendo produzir ressentimentos duradouros entre irmãos, cônjuges e demais envolvidos, sobretudo quando não existem pactuações claras sobre tarefas e limites (SAUER et al., 2026; COUTO et al., 2026). O cuidador principal tende a sentir-se abandonado, ao passo que familiares mais distantes por vezes se percebem criticados ou excluídos das decisões tomadas no cotidiano. Nesse cenário, a mediação profissional pode reduzir ruídos comunicacionais, alinhar expectativas e favorecer divisão mais justa das responsabilidades, demonstrando que o cuidado compartilhado depende de negociação explícita e contínua.

Além da organização interna da família, a preservação da autonomia da pessoa cuidada constitui princípio ético fundamental, especialmente quando limitações físicas ou cognitivas não anulam sua capacidade de escolha sobre aspectos relevantes da própria vida. Muitas vezes, familiares confundem proteção com substituição integral das decisões cotidianas, postura que pode gerar infantilização, dependência excessiva e perda de dignidade subjetiva ao longo do tempo. Mesmo diante de dependência parcial, preferências relacionadas a horários, vestuário, alimentação, lazer e rotina possuem valor existencial e devem ser consideradas nas condutas propostas. O cuidado qualificado apoia capacidades remanescentes em vez de anulá-las, fortalecendo autoestima, adesão terapêutica e uma perspectiva coerente com a saúde centrada na pessoa (BRASIL, 2024; VILLAR et al., 2023).

Na Atenção Primária à Saúde, o acompanhamento longitudinal favorece leitura mais precisa dessas dinâmicas, uma vez que a equipe conhece trajetórias familiares, recursos comunitários e mudanças

progressivas ocorridas no contexto doméstico ao longo do tempo. Visitas domiciliares e consultas sucessivas permitem identificar tensões silenciosas, negligências involuntárias e potenciais redes de apoio ainda não mobilizadas, revelando elementos que o consultório isolado dificilmente captaria (SOUZA et al., 2021; STIVAL et al., 2024). A proximidade territorial facilita confiança entre profissionais e família, o que torna orientações mais realistas, aplicáveis e compatíveis com as possibilidades concretas de cada domicílio. A APS, portanto, ocupa lugar estratégico na mediação entre clínica e cotidiano, ampliando sua função para além da assistência pontual e fortalecendo continuidade do cuidado.

Nesse processo, a enfermagem possui contribuição singular ao integrar escuta, educação em saúde e coordenação assistencial com foco simultâneo na pessoa adoecida e em seus familiares, articulando dimensões clínicas e relacionais do cuidado. O enfermeiro pode facilitar reuniões familiares, pactuar responsabilidades, estimular práticas comunicacionais menos conflituosas e identificar precocemente sinais de desgaste emocional entre cuidadores, promovendo intervenções oportunas (STIVAL et al., 2024; MARTINES et al., 2022). Quando necessário, também aciona apoio matricial e outros profissionais da rede, favorecendo respostas interdisciplinares diante de situações complexas ou persistentes. Assim, reconhecer a complexidade das relações familiares é condição para cuidado integral efetivo, pois cuidar bem também significa cuidar das relações que sustentam o próprio cuidado.

4 EDUCAÇÃO EM SAÚDE E ESTRATÉGIAS DE CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

A educação em saúde constitui eixo fundamental para qualificar a atuação do cuidador, pois grande parte das decisões que influenciam desfechos clínicos ocorre no cotidiano domiciliar e fora dos serviços formais, exigindo conhecimentos práticos aplicáveis à realidade familiar. Orientações claras sobre medicação, alimentação, prevenção de quedas, higiene, mobilidade e reconhecimento de sinais de alerta ampliam segurança e autonomia no processo de cuidar, especialmente quando transmitidas de forma acessível e contínua (BRASIL, 2024; VILLAR et al., 2023). Quando o cuidador compreende o plano terapêutico e participa ativamente das condutas, reduzem-se inseguranças diante das intercorrências, favorecendo adesão, continuidade assistencial e menor ocorrência de erros evitáveis. Nesse sentido, educar não significa apenas transmitir conteúdos técnicos, mas construir capacidades práticas contextualizadas, tornando a educação em saúde estratégia central para a integralidade do cuidado.

Entretanto, práticas educativas ainda fracassam quando baseadas exclusivamente em linguagem técnica ou em orientações genéricas descoladas da realidade social das famílias, pois muitos cuidadores convivem com baixa escolaridade, múltiplas jornadas e limitações materiais que dificultam a execução literal das recomendações recebidas. Nesses contextos, prescrições idealizadas tornam-se pouco efetivas e produzem frustração tanto para usuários quanto para profissionais, além de reforçarem sentimentos de incapacidade diante das demandas cotidianas (SOUZA et al., 2021; COUTO et al., 2026). Por isso, a escuta

prévia das condições concretas de vida é indispensável para que metas terapêuticas sejam realistas, progressivas e compatíveis com os recursos disponíveis em cada domicílio. Educação em saúde exige diálogo horizontal, pactuação compartilhada e reconhecimento das singularidades familiares, pois somente assim a orientação torna-se viável e sustentável no longo prazo.

Na Atenção Primária à Saúde, a proximidade territorial favorece ações educativas contínuas e personalizadas, permitindo que equipes acompanhem mudanças graduais e ajustem intervenções conforme necessidades emergentes identificadas no cotidiano das famílias. Visitas domiciliares revelam barreiras muitas vezes invisíveis em consultórios, como espaço físico inadequado, sobrecarga familiar, dificuldades de acesso a recursos básicos e ausência de rede de apoio efetiva (STIVAL et al., 2024; SOUZA et al., 2021). Esse conhecimento amplia a precisão do cuidado ofertado e fortalece o vínculo longitudinal entre equipe, usuário e cuidador, criando ambiente propício para esclarecimento de dúvidas e prevenção de complicações evitáveis. O território, portanto, converte-se em cenário privilegiado de aprendizagem compartilhada, razão pela qual a APS possui papel estratégico e insubstituível nesse processo.

No manejo das condições crônicas, intervenções educativas simples apresentam grande impacto clínico quando mantidas de forma contínua e compreensível, uma vez que pequenas escolhas diárias acumulam efeitos relevantes ao longo do tempo. Em pessoas idosas com diabetes, por exemplo, orientar monitorização, cuidado com os pés, alimentação regular e reconhecimento precoce de sinais de hipoglicemia reduz complicações evitáveis e internações desnecessárias (SOUZA et al., 2026b; BRASIL, 2024). De modo semelhante, no controle pressórico, esclarecer uso correto de medicamentos, redução de fatores de risco e incentivo a hábitos saudáveis melhora resultados terapêuticos e fortalece adesão ao tratamento (SOUZA et al., 2026d). Quando recebe suporte adequado, o cuidador torna-se aliado potente da prevenção e da estabilidade clínica, demonstrando que a educação em saúde repercute diretamente na qualidade de vida familiar.

No campo da saúde mental, estratégias educativas também são essenciais para reduzir estigma e qualificar o cuidado familiar diante de crises, recaídas e sofrimento subjetivo persistente, especialmente em contextos marcados por desconhecimento e preconceito social. Informações sobre uso regular de medicamentos, sinais de descompensação, comunicação acolhedora e busca oportuna por ajuda fortalecem manejo cotidiano mais seguro e reduzem conflitos familiares recorrentes (BRASIL, 2013; LIMA et al., 2021). Além disso, a política de redução de danos oferece contribuição relevante em situações relacionadas ao uso problemático de álcool e outras drogas, ao propor intervenções realistas e centradas no vínculo em vez de abordagens exclusivamente punitivas (SOUZA et al., 2026c). O cuidador precisa ser apoiado e orientado, e não responsabilizado isoladamente, pois o cuidado em saúde mental depende de redes solidárias, informadas e acessíveis.

Nesse contexto, a enfermagem destaca-se como profissão estratégica para conduzir processos educativos críticos, acessíveis e permanentes no âmbito da APS, dada sua presença contínua nos serviços e sua proximidade histórica com usuários e famílias. Enfermeiros traduzem recomendações técnicas em linguagem simples, demonstram procedimentos, acompanham dificuldades reais de implementação e identificam precocemente sinais de insegurança ou esgotamento entre cuidadores (MARTINES et al., 2022; STIVAL et al., 2024). Além disso, articulam ações interprofissionais quando demandas extrapolam sua competência específica, integrando psicologia, assistência social e medicina em respostas mais resolutivas e acolhedoras. Dessa forma, a educação em saúde deixa de ser evento pontual e transforma-se em processo relacional contínuo, cuja consolidação fortalece todo o sistema de cuidado.

5 REDES DE APOIO, POLÍTICAS PÚBLICAS E CORRESPONSABILIZAÇÃO DO CUIDADO

O cuidado em saúde integral não pode permanecer restrito ao espaço privado das famílias, porque demandas complexas, contínuas e emocionalmente exigentes necessitam de suporte institucional estável, financiamento adequado e redes sociais capazes de compartilhar responsabilidades de modo efetivo (BRASIL, 2024; VILLAR et al., 2023). Quando encargos amplos são transferidos silenciosamente ao domicílio, observa-se aumento expressivo da sobrecarga dos cuidadores e aprofundamento das desigualdades sociais, já que famílias com melhores condições econômicas acessam recursos complementares com maior facilidade, enquanto grupos vulnerabilizados assumem tarefas intensas com escasso apoio material (SAUER et al., 2026; COUTO et al., 2026). Essa diferença repercute diretamente na qualidade do cuidado ofertado, na saúde mental dos cuidadores e na continuidade terapêutica das pessoas assistidas, especialmente em contextos marcados por vulnerabilidade socioeconômica. Por isso, reconhecer o cuidado como questão pública constitui passo essencial para consolidar os princípios da saúde integral e da equidade no sistema de saúde (BRASIL, 2024; SOUZA et al., 2021).

Nesse contexto, políticas públicas consistentes devem contemplar capacitação permanente de cuidadores, acesso facilitado a insumos, acompanhamento psicossocial, serviços de reabilitação e mecanismos de proteção econômica voltados às famílias mais vulneráveis, de modo a reduzir riscos de exaustão e empobrecimento (OMS, 2024; BRASIL, 2024). Sem essas estratégias, o cuidado tende a ser improvisado, instável e sustentado à custa de desgaste progressivo, especialmente quando o cuidador principal precisa conciliar trabalho remunerado, tarefas domésticas e acompanhamento clínico contínuo (SAUER et al., 2026; SOUZA et al., 2026a). Benefícios sociais, programas educativos e dispositivos de descanso temporário ampliam segurança material, fortalecem competências práticas e previnem adoecimento secundário entre aqueles que cuidam diariamente, favorecendo maior estabilidade familiar. Investir em suporte ao cuidador, portanto, repercute positivamente em toda a rede familiar e representa medida sanitária e socialmente custo-efetiva (OMS, 2024; VILLAR et al., 2023).

No campo da saúde mental, a organização em rede torna-se ainda mais necessária, pois crises subjetivas, vulnerabilidades sociais e necessidades terapêuticas prolongadas exigem respostas articuladas entre diferentes pontos de atenção, evitando que famílias sustentem sozinhas situações altamente complexas (BRASIL, 2013; LIMA et al., 2021). A Rede de Atenção Psicossocial foi instituída justamente para integrar cuidado comunitário, atenção básica e serviços especializados em fluxos contínuos, cooperativos e territorialmente orientados, capazes de responder às singularidades de cada caso (BRASIL, 2011; STIVAL et al., 2024). Quando essa articulação funciona adequadamente, reduzem-se internações evitáveis, interrupções terapêuticas e episódios de abandono assistencial, ao mesmo tempo em que usuários e cuidadores se sentem acompanhados por uma rede mais acessível e responsiva. Além disso, o estigma tende a diminuir quando o território participa ativamente do cuidado e reconhece o sofrimento psíquico como demanda legítima de saúde (LIMA et al., 2021; OMS, 2024).

A Atenção Primária à Saúde ocupa posição estratégica nessa engrenagem, pois atua como porta de entrada preferencial, espaço de vínculo longitudinal e instância capaz de coordenar fluxos entre serviços diversos, articulando necessidades clínicas e demandas sociais presentes no território (SOUZA et al., 2021; BRASIL, 2024). Equipes territorializadas conseguem mapear vulnerabilidades familiares, identificar cuidadores sobrecarregados e acionar recursos comunitários disponíveis com maior agilidade e precisão, evitando peregrinação desnecessária entre serviços fragmentados e pouco comunicantes (STIVAL et al., 2024; MARTINES et al., 2022). Quando a APS assume coordenação efetiva, o cuidado torna-se mais resolutivo, humano e contínuo, uma vez que o território deixa de ser apenas referência administrativa e passa a orientar intervenções concretas e contextualizadas. Assim, proximidade assistencial e capacidade organizadora se complementam no cotidiano, fortalecendo corresponsabilização entre profissionais, usuários e famílias (VILLAR et al., 2023; SOUZA et al., 2021).

Entretanto, a existência formal de redes não garante seu funcionamento real, uma vez que barreiras burocráticas, comunicação precária entre equipes e insuficiência de recursos humanos frequentemente limitam respostas oportunas às famílias e dificultam continuidade terapêutica (MARTINES et al., 2022; STIVAL et al., 2024). Usuários e cuidadores, nessas circunstâncias, repetem histórias em múltiplos serviços sem alcançar solução integrada, o que produz desgaste emocional, frustração e descrédito institucional progressivo diante de trajetórias assistenciais fragmentadas (COUTO et al., 2026; SAUER et al., 2026). Profissionais também sofrem com fluxos pouco claros, responsabilidades difusas e ausência de espaços de pactuação, fatores que enfraquecem vínculos terapêuticos construídos ao longo do tempo e reduzem a potência do trabalho em rede. Por essa razão, gestão qualificada, apoio matricial e pactuações intersetoriais são indispensáveis para integrar saberes e responsabilidades compartilhadas (MARTINES et al., 2022; BRASIL, 2011).

Nesse cenário, a enfermagem exerce papel central ao articular pessoas, serviços e necessidades concretas que emergem diariamente no território e no ambiente familiar, ocupando posição estratégica na coordenação do cuidado e no acompanhamento longitudinal das famílias (STIVAL et al., 2024; SOUZA et al., 2021). Enfermeiros identificam lacunas assistenciais, facilitam encaminhamentos mais resolutivos entre diferentes níveis de atenção e promovem educação em saúde voltada tanto ao usuário quanto ao cuidador principal, fortalecendo autonomia e segurança cotidiana (BRASIL, 2024; MARTINES et al., 2022). Sua atuação aproxima gestão e clínica de maneira singular, pois transforma demandas dispersas em planos de cuidado viáveis e coerentes com a realidade local. O cuidador sente-se menos solitário quando encontra referência profissional acessível e confiável, razão pela qual redes eficazes dependem também do protagonismo da enfermagem (VILLAR et al., 2023; SAUER et al., 2026).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Compreender o papel do cuidador no contexto da saúde integral implica reconhecer que grande parte do cuidado em saúde ocorre fora das instituições formais, sendo sustentado por relações familiares, vínculos afetivos e esforços cotidianos frequentemente invisibilizados pelas políticas públicas e pelos próprios serviços assistenciais. Ao longo deste capítulo, evidenciou-se que o cuidador não exerce função acessória, mas participa diretamente da adesão terapêutica, da prevenção de agravos, da manutenção da autonomia possível e da mediação entre usuário, família e rede de atenção. Entretanto, a centralidade dessa atuação convive com sobrecarga física, sofrimento emocional, insegurança econômica e isolamento social, especialmente quando responsabilidades complexas recaem sobre uma única pessoa por longos períodos. Cuidar de quem cuida, portanto, não constitui gesto complementar, mas requisito ético e estratégico para a efetividade do cuidado integral.

Também se demonstrou que as dinâmicas familiares influenciam intensamente os resultados assistenciais, uma vez que conflitos prévios, distribuição desigual de tarefas, dificuldades comunicacionais e ausência de pactuação podem fragilizar vínculos e comprometer a continuidade terapêutica. Em contrapartida, quando famílias recebem orientação qualificada, apoio institucional e espaços de escuta, tornam-se mais aptas a compartilhar responsabilidades de forma saudável e sustentável ao longo do tempo. Nesse processo, a Atenção Primária à Saúde assume posição privilegiada por sua proximidade territorial, capacidade de acompanhamento longitudinal e potencial de coordenação entre diferentes pontos da rede. A valorização do território como espaço vivo de cuidado amplia a possibilidade de respostas concretas, contextualizadas e humanizadas.

REFERÊNCIAS


- BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica n. 34: Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Guia Prático do Cuidador. Brasília: Ministério da Saúde, 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- COUTO, C. et al. Experiences to be a family caregiver of dependent elderly. *Revista Digital Acadêmico Mundo*, 2026.
- LIMA, A. M. J. et al. Olhares sobre a assistência em Saúde Mental na Atenção Primária em Saúde. *Interface*, v. 25, 2021.
- MARTINES, L. S. et al. Impacto do apoio matricial e institucional nos processos de trabalho em saúde. *RBPeCS*, v. 9, 2022.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Guia de Intervenção mhGAP para transtornos mentais e neurológicos. Genebra: OMS, 2024.
- SAUER, N. S. et al. Implicações na saúde mental de cuidadores de idosos: uma necessidade urgente de apoio formal. *SMAD*, v. 18, 2026.
- SOUZA, L. A. et al. A relação e as adversidades entre o cuidador informal e o paciente. *Revista Digital Acadêmico Mundo*, v. 12, 2026a.
- SOUZA, L. A. et al. Educação em saúde e política de redução de danos no paciente com dependência alcoólica. *Revista Delos*, v. 19, 2026b.
- SOUZA, L. A. et al. Pequenas estratégias de ação no combate à Hipertensão Arterial. *Revista Delos*, v. 19, 2026c.
- SOUZA, L. A. et al. Qualidade dos serviços de saúde: uma avaliação na Atenção Primária em um município de Goiás. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 13, n. 11, 2021.
- SOUZA, L. A. et al. Um olhar ampliado à pessoa idosa com diabetes: prevenindo as possíveis complicações. *Revista Delos*, v. 19, 2026d.
- STIVAL, A. P. et al. Demandas de cuidado em saúde mental na atenção primária à saúde: perspectiva de enfermeiros. *JHBS*, v. 12, n. 1, 2024.
- VILLAR, V. C. F. L. et al. O papel dos pacientes e familiares: qualidade do cuidado e segurança do paciente. *Saúde em Debate*, v. 47, 2023.

**PARTE III - O NOVO PARADIGMA
DA REABILITAÇÃO E
PERFORMANCE MÉDICA**

CAPÍTULO 10

REABILITAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E ESTRATÉGIAS MULTIPROFISSIONAIS NO CONTEXTO DAS EMULTI

REHABILITATION IN PRIMARY HEALTH CARE AND MULTIPROFESSIONAL STRATEGIES IN THE CONTEXT OF EMULTI

 <https://doi.org/10.63330/livroautoral502026-010>

Ana Beatriz Cordeiro Barros

Acadêmica de Medicina
Centro Universitário de Goiatuba (Unicerrado)
E-mail: anabeatrizcordeirobarros26@gmail.com

Aline Almeida da Silva

Acadêmica de Medicina
Centro Universitário Alfredo Nasser (UNIFAN)
E-mail: alinealmeidasilva1@outlook.com

Laila Silva Teixeira Azeredo Bastos

Acadêmica de Medicina
Centro Universitário Alfredo Nasser (UNIFAN)
E-mail: laila.bastos@hotmail.com

Victoria Dias Carneiro de Abreu

Acadêmica de Medicina
Centro Universitário de Goiatuba (Unicerrado)
E-mail: victoriadiasabreu@icloud.com.

Renata da Silva Sodré

Acadêmica de Medicina
Centro Universitário Alfredo Nasser (UNIFAN)
E-mail: renatasodre2811@gmail.com

Cecília Cognetti Freitas

Acadêmica de Medicina
Universidade de Franca (UNIFRAN)
E-mail: ceciliafreitas2018@hotmail.com

Paula Nayara Jesus Freitas

Acadêmica de Medicina
Centro Universitário Alfredo Nasser (UNIFAN)
E-mail: paulanayarajf@hotmail.com

Ana Paula Chaves e Pádua

Acadêmica de Medicina
Centro Universitário Alfredo Nasser (UNIFAN)
E-mail: anappadua@gmail.com

RESUMO

A reabilitação na Atenção Primária à Saúde consolidou-se, nas últimas décadas, como componente indispensável de sistemas universais comprometidos com integralidade, longitudinalidade e equidade. No contexto brasileiro, a ampliação das demandas associadas ao envelhecimento populacional, às condições crônicas, às incapacidades temporárias e permanentes, bem como às repercussões funcionais de agravos sociais e sanitários, impôs a necessidade de reorganizar práticas tradicionalmente centradas em níveis especializados. Nesse cenário, a criação das equipes multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde, denominadas eMulti, representa movimento estratégico para qualificar o cuidado territorial, ampliar o escopo clínico das equipes de referência e integrar ações preventivas, terapêuticas e reabilitadoras no cotidiano das unidades básicas. A presença articulada de fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos, fonoaudiólogos, assistentes sociais, nutricionistas e outros profissionais permite respostas mais resolutivas às necessidades complexas dos usuários, reduzindo fragmentações históricas entre promoção, tratamento e reabilitação. Além disso, o fortalecimento da clínica compartilhada favorece projetos terapêuticos singulares, educação em saúde, apoio matricial e cuidado domiciliar orientado à funcionalidade. Persistem, contudo, desafios relevantes relacionados ao financiamento, à força de trabalho, à heterogeneidade regional, à gestão interfederativa e aos mecanismos de avaliação de resultados. A consolidação da reabilitação na APS depende, portanto, de planejamento sistêmico, formação interprofissional e integração efetiva com redes especializadas e serviços sociais. Este capítulo analisa criticamente o papel das eMulti como indutoras de novas práticas reabilitadoras, discutindo potencialidades organizacionais, desafios operacionais e impactos esperados sobre acesso, autonomia e coordenação do cuidado no Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Reabilitação; Atenção Primária à Saúde; eMulti; Trabalho Interprofissional.

ABSTRACT

Over the past few decades, rehabilitation in primary health care has established itself as an indispensable component of universal health systems committed to comprehensiveness, continuity, and equity. In the Brazilian context, the growing demands associated with population aging, chronic conditions, temporary and permanent disabilities, as well as the functional repercussions of social and health-related issues, have necessitated a reorganization of practices traditionally centered on specialized levels. In this scenario, the

creation of multidisciplinary teams in Primary Health Care, known as eMulti, represents a strategic move to improve community-based care, expand the clinical scope of referral teams, and integrate preventive, therapeutic, and rehabilitative actions into the daily operations of primary care units. The coordinated presence of physical therapists, occupational therapists, psychologists, speech-language pathologists, social workers, nutritionists, and other professionals enables more decisive responses to users' complex needs, reducing historical fragmentation between promotion, treatment, and rehabilitation. In addition, strengthening the shared clinic model promotes individualized treatment plans, health education, matrix support, and function-oriented home care. Significant challenges remain, however, regarding funding, the workforce, regional heterogeneity, inter-federative management, and mechanisms for evaluating outcomes. The consolidation of rehabilitation in primary health care therefore depends on systemic planning, interprofessional training, and effective integration with specialized networks and social services. This chapter critically analyzes the role of eMulti as catalysts for new rehabilitation practices, discussing organizational potential, operational challenges, and expected impacts on access, autonomy, and care coordination within the Unified Health System.

Keywords: Rehabilitation; Primary Health Care; eMulti; Interprofessional Collaboration.

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde consolidou-se como eixo organizador dos sistemas universais por sua capacidade de coordenar o cuidado, ordenar fluxos assistenciais e responder de forma territorializada às necessidades concretas das comunidades. Apesar disso, a reabilitação permaneceu por longo período associada predominantemente aos níveis especializados, o que contribuiu para barreiras de acesso, fragmentação terapêutica e atraso no manejo de limitações funcionais evitáveis. Documentos recentes passaram a reconhecer que funcionalidade, autonomia e participação social devem compor o escopo cotidiano da APS, especialmente diante da complexificação epidemiológica contemporânea (BRASIL, 2024; OPAS, 2024). Nesse sentido, incorporar a reabilitação ao primeiro nível de atenção significa reafirmar a integralidade como princípio operativo e não apenas normativo do SUS (OLIVEIRA et al., 2025; SOUZA et al., 2024).

As mudanças demográficas observadas no Brasil, marcadas pelo envelhecimento populacional e pelo aumento da expectativa de vida, ampliaram a prevalência de condições crônicas, multimorbidades e incapacidades que exigem acompanhamento longitudinal e respostas clínicas contínuas. Ademais, agravos agudos, acidentes, violências e doenças infecciosas frequentemente deixam repercussões físicas, cognitivas e psicossociais que demandam cuidado oportuno no território. Quando tais demandas são direcionadas exclusivamente para serviços especializados, produzem-se filas extensas, deslocamentos onerosos e

descontinuidade assistencial, especialmente em regiões socialmente vulnerabilizadas (JUSTINO et al., 2025; COELHO, 2024). Sob essa ótica, fortalecer a reabilitação na APS representa medida sanitária estratégica para ampliar acesso, prevenir dependência e reduzir desigualdades em saúde (SANTOS, 2024; ALMEIDA et al., 2025).

A criação das equipes multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde, denominadas eMulti, emerge como importante dispositivo de reorganização do trabalho ao ampliar a retaguarda técnica das equipes de referência e diversificar competências no território. A atuação integrada de diferentes categorias profissionais favorece avaliações compartilhadas, construção de projetos terapêuticos singulares e intervenções que articulam dimensões clínicas, sociais e familiares do adoecimento. Além disso, o modelo fortalece práticas de apoio matricial, educação em saúde, cuidado domiciliar e estratégias coletivas voltadas à funcionalidade e à inclusão social (BRASIL, 2024; BRASIL, 2024). Assim, as eMulti podem operar como catalisadoras de uma reabilitação interprofissional mais resolutiva e coerente com as necessidades locais (MATTOS OLIVEIRA et al., 2025; SÃO PAULO, 2024).

A reabilitação desenvolvida na APS não se restringe à recuperação de capacidades corporais, pois envolve também remoção de barreiras ambientais, fortalecimento de redes de apoio e ampliação da autonomia cotidiana dos usuários. Nessa perspectiva, o cuidado precisa considerar fatores habitacionais, vínculos familiares, condições de trabalho, acesso à renda e participação comunitária como determinantes relevantes do prognóstico funcional. Tal compreensão exige superação de modelos centrados exclusivamente em procedimentos, valorizando abordagens intersetoriais e corresponsabilização entre serviços e territórios (OPAS, 2024; SANTOS, 2024). Portanto, a presença de equipes multiprofissionais na APS amplia a possibilidade de respostas integrais diante de necessidades complexas e frequentemente invisibilizadas (ALMEIDA et al., 2025; JUSTINO et al., 2025).

Persistem, contudo, obstáculos relevantes para a consolidação dessa agenda, entre os quais se destacam financiamento insuficiente, heterogeneidade regional da força de trabalho e fragilidade de mecanismos regulatórios entre níveis assistenciais. Em muitos municípios, a ausência de indicadores específicos relacionados à funcionalidade, participação social e continuidade do cuidado limita processos de planejamento e avaliação. Soma-se a isso a permanência de culturas institucionais que separam prevenção, tratamento e reabilitação como campos estanques, reduzindo a potência integradora da APS (OLIVEIRA et al., 2025; COELHO, 2024). Dessa forma, discutir reabilitação no contexto das eMulti implica examinar simultaneamente gestão, modelo assistencial e capacidade estatal de coordenação federativa (CINTI, 2025; BRASIL, 2024).

Diante desse cenário, justifica-se analisar criticamente como a reabilitação pode ser incorporada de maneira consistente à Atenção Primária à Saúde em momento marcado pela reconstrução de políticas públicas e pela necessidade de ampliar a resolutividade do SUS. A relevância acadêmica do tema decorre

da necessidade de sistematizar evidências e interpretações sobre impactos organizacionais, clínicos e sociais produzidos pelas eMulti no cotidiano dos serviços. Desse modo, este capítulo tem por objetivo discutir estratégias multiprofissionais de reabilitação na APS, examinando o papel das eMulti na coordenação do cuidado, no fortalecimento da autonomia dos usuários e na integração das linhas assistenciais. Busca-se, por fim, oferecer subsídios analíticos para gestores, docentes e trabalhadores comprometidos com modelos territoriais, interprofissionais e centrados nas necessidades reais da população.

2 O MODELO EMULTI COMO CATALISADOR DA REABILITAÇÃO INTERPROFISSIONAL

A institucionalização das eMulti representa inflexão relevante na organização da Atenção Primária à Saúde ao reconhecer que demandas complexas exigem composição ampliada de saberes e práticas no território. Diferentemente de arranjos centrados em encaminhamentos sucessivos, o modelo favorece resposta compartilhada no próprio espaço comunitário, reduzindo tempos de espera e fragmentações assistenciais historicamente persistentes. Nesse sentido, a reabilitação deixa de ser evento tardio e passa a integrar processos precoces de cuidado vinculados ao acompanhamento longitudinal das equipes de referência (BRASIL, 2024; OLIVEIRA et al., 2025). Tal reorganização fortalece a capacidade resolutiva da APS e reafirma seu papel coordenador na rede de atenção (OPAS, 2024; SOUZA et al., 2024).

A atuação interprofissional promovida pelas eMulti amplia a possibilidade de leitura integral das necessidades dos usuários ao articular dimensões clínicas, psicossociais e ambientais em planos terapêuticos singulares. Quando diferentes profissionais compartilham discussão de casos, qualificam-se decisões e reduzem-se intervenções redundantes ou contraditórias. Ademais, a corresponsabilização entre equipes favorece maior continuidade assistencial e melhor comunicação com famílias e cuidadores (ALMEIDA et al., 2025; SANTOS, 2024). Assim, a reabilitação passa a ser compreendida como eixo transversal do cuidado e não como setor isolado da rede (BRASIL, 2024; CINTI, 2025).

O apoio matricial constitui mecanismo estratégico nesse processo, pois combina retaguarda técnico-pedagógica com cuidado compartilhado diante de situações complexas. Por meio dessa lógica, profissionais das eMulti contribuem para ampliar competências clínicas das equipes de Saúde da Família sem substituir sua responsabilidade sanitária. Isso favorece disseminação de práticas reabilitadoras básicas, manejo precoce de limitações funcionais e identificação de riscos no cotidiano das unidades (BRASIL, 2024; MATTOS OLIVEIRA et al., 2025). Consequentemente, produz-se maior capilaridade assistencial e melhor uso dos recursos especializados disponíveis (COELHO, 2024; OPAS, 2024).

Outro efeito relevante do modelo reside na valorização de espaços coletivos de cuidado, como grupos terapêuticos, oficinas educativas e ações comunitárias orientadas à autonomia. Tais estratégias permitem alcançar maior número de usuários, fortalecer vínculos sociais e estimular autocuidado apoiado em contextos de vida reais. Além disso, produzem ambiente favorável à troca de experiências entre pares e

à redução do isolamento frequentemente associado às incapacidades crônicas (SOUZA et al., 2024; JUSTINO et al., 2025). Sob essa ótica, a reabilitação comunitária torna-se componente ativo da promoção da saúde (SANTOS, 2024; OPAS, 2024).

As visitas domiciliares também ganham centralidade quando integradas às eMulti, pois possibilitam avaliação concreta de barreiras arquitetônicas, redes familiares e condições materiais que interferem na funcionalidade. No domicílio, a equipe pode orientar adaptações ambientais, manejo de cuidadores e estratégias de prevenção de agravos evitáveis. Esse tipo de intervenção frequentemente gera impactos superiores aos obtidos por condutas descontextualizadas realizadas apenas em consultórios (BRASIL, 2024; ALMEIDA et al., 2025). Portanto, o território converte-se em espaço clínico legítimo e indispensável para a integralidade do cuidado (COELHO, 2024; OPAS, 2024).

Entretanto, a potência catalisadora das eMulti depende de condições institucionais consistentes, incluindo agendas integradas, financiamento estável e gestão comprometida com trabalho colaborativo. Sem tais elementos, existe risco de reprodução de práticas paralelas que apenas coexistem no mesmo serviço sem efetiva integração assistencial. Também se faz necessário investimento em educação permanente para superar culturas profissionais hierarquizadas e segmentadas (CINTI, 2025; OLIVEIRA et al., 2025). A consolidação do modelo exige, assim, governança capaz de transformar coexistência multiprofissional em verdadeira interprofissionalidade (BRASIL, 2024; SÃO PAULO, 2024).

3 REABILITAÇÃO BASEADA NA COMUNIDADE E O FORTALECIMENTO DA AUTONOMIA DO USUÁRIO

A reabilitação baseada na comunidade parte do pressuposto de que funcionalidade humana é produzida na interação entre condições de saúde e contextos sociais concretos. Dessa forma, respostas efetivas não podem limitar-se a procedimentos clínicos desarticulados da vida cotidiana dos usuários. A APS apresenta especial vocação para essa abordagem por atuar próxima dos territórios, das famílias e das redes locais de suporte (OPAS, 2024; SANTOS, 2024). Nesse cenário, as eMulti ampliam a capacidade operacional de intervenções territorializadas e centradas na autonomia.

A autonomia do usuário não se resume à independência física, envolvendo também capacidade de decisão, participação social e exercício de direitos. Usuários com limitações funcionais frequentemente enfrentam barreiras comunicacionais, urbanísticas e simbólicas que extrapolam o campo biomédico tradicional. Por isso, projetos terapêuticos precisam incorporar metas relacionadas à mobilidade urbana, reinserção laboral, convivência comunitária e fortalecimento de vínculos sociais (JUSTINO et al., 2025; BRASIL, 2024). Tal perspectiva desloca a reabilitação de lógica reparadora para horizonte emancipatório (OPAS, 2024; ALMEIDA et al., 2025).

As ações educativas desenvolvidas no território constituem ferramenta decisiva para esse processo, especialmente quando baseadas em diálogo e construção compartilhada de soluções. Orientações sobre manejo da dor, prevenção de quedas, uso seguro de dispositivos e adaptação de rotinas domésticas tendem a produzir ganhos duradouros quando articuladas à realidade local. Ademais, grupos comunitários favorecem apoio mútuo e circulação de saberes populares frequentemente negligenciados pelos serviços (SOUZA et al., 2024; SANTOS, 2024). Assim, conhecimento técnico e experiência vivida podem compor estratégias mais sustentáveis de cuidado (BRASIL, 2024; OPAS, 2024).

A articulação intersetorial também se mostra imprescindível, uma vez que autonomia depende de políticas de assistência social, educação, transporte e habitação. Sem acesso a calçadas seguras, renda mínima ou equipamentos públicos inclusivos, muitos ganhos clínicos tornam-se frágeis e reversíveis. As eMulti podem atuar como mediadoras entre usuários e diferentes setores governamentais, fortalecendo trajetórias de inclusão e proteção social (BRASIL, 2024; COELHO, 2024). Nessa perspectiva, reabilitar significa igualmente remover barreiras produzidas pela desigualdade social (JUSTINO et al., 2025; OPAS, 2024).

O cuidado domiciliar integra esse esforço ao reconhecer que grande parte das limitações funcionais se expressa nas atividades ordinárias do lar e da convivência familiar. Intervenções no ambiente doméstico permitem adequar rotinas, apoiar cuidadores e reduzir sobrecargas invisíveis que recaem sobre mulheres e familiares idosos. Quando articuladas à APS, tais ações fortalecem permanência segura no território e evitam institucionalizações desnecessárias (BRASIL, 2024; BRASIL, 2024). Desse modo, a comunidade torna-se espaço privilegiado de produção de autonomia e dignidade (ALMEIDA et al., 2025; SANTOS, 2024).

Persistem, contudo, desafios para consolidar essa abordagem, especialmente em contextos marcados por violência urbana, pobreza extrema e escassez de equipamentos sociais. Em territórios vulnerabilizados, a equipe frequentemente enfrenta necessidades superiores à capacidade instalada dos serviços locais. Ainda assim, experiências exitosas demonstram que vínculos consistentes, planejamento territorial e participação social podem produzir resultados expressivos mesmo sob restrições severas (CINTI, 2025; OLIVEIRA et al., 2025). O fortalecimento da autonomia depende, portanto, de combinar clínica qualificada com compromisso político-social continuado (OPAS, 2024; BRASIL, 2024).

4 DESAFIOS DA FORÇA DE TRABALHO E A GESTÃO DA REDE DE REABILITAÇÃO NO SUS

A expansão da reabilitação na APS exige debate qualificado sobre força de trabalho, pois nenhuma diretriz normativa se sustenta sem profissionais suficientes, distribuídos de modo equitativo e inseridos em condições laborais adequadas. Muitos municípios convivem com escassez de determinadas categorias, alta rotatividade e vínculos precários que fragilizam continuidade do cuidado. Tal cenário afeta especialmente

regiões periféricas e interiorizadas, nas quais necessidades assistenciais costumam ser maiores (COELHO, 2024; CINTI, 2025). A desigualdade territorial de recursos humanos converte-se, assim, em determinante crítico do acesso reabilitador (OLIVEIRA et al., 2025; BRASIL, 2024).

Além da quantidade de profissionais, importa considerar perfil formativo frequentemente orientado por modelos hospitalocêntricos e pouco sensíveis ao trabalho em rede. Muitos cursos ainda privilegiam práticas individualizadas e cenários especializados, oferecendo limitada experiência em território, atenção domiciliar e colaboração interprofissional. Isso dificulta adaptação às exigências cotidianas das eMulti e da APS contemporânea (BARBOSA, 2024; MATTOS OLIVEIRA et al., 2025). Torna-se indispensável, portanto, reorientar processos formativos em consonância com necessidades do SUS (SANTOS, 2024; BRASIL, 2024).

A educação permanente surge como estratégia central para qualificar equipes já inseridas nos serviços e atualizar práticas diante de demandas mutáveis. Reuniões clínicas, supervisões compartilhadas, teleconsultorias e análise de casos reais favorecem aprendizagem contextualizada e transformação do processo de trabalho. Quando institucionalizada, essa agenda fortalece cooperação entre categorias e melhora capacidade resolutiva local (BRASIL, 2024; ALMEIDA et al., 2025). Sem ela, prevalecem rotinas burocráticas e reprodução acrítica de modelos inadequados ao território (CINTI, 2025; OPAS, 2024).

Outro desafio reside na integração efetiva entre APS e pontos especializados da rede de reabilitação, frequentemente marcados por fluxos lentos e comunicação insuficiente. Encaminhamentos sem critérios compartilhados ou devolutivas clínicas precárias comprometem continuidade terapêutica e desperdiçam recursos escassos. A gestão da rede precisa construir protocolos flexíveis, regulação inteligente e canais permanentes de interlocução entre serviços (COELHO, 2024; JUSTINO et al., 2025). Assim, a APS pode exercer coordenação real e não apenas formal sobre trajetórias assistenciais (BRASIL, 2024; OPAS, 2024).

A produção de informação também demanda aprimoramento, pois indicadores tradicionais concentram-se em procedimentos e consultas, deixando invisíveis ganhos funcionais e impactos sociais do cuidado. Sistemas de monitoramento precisam incorporar medidas relacionadas à autonomia, participação, satisfação dos usuários e redução de internações evitáveis. Sem evidências consistentes, torna-se difícil defender financiamento e aperfeiçoar políticas públicas de reabilitação (OLIVEIRA et al., 2025; ALMEIDA et al., 2025). A gestão orientada por resultados exige, portanto, métricas compatíveis com a complexidade do campo (CINTI, 2025; OPAS, 2024).

Por fim, a sustentabilidade da força de trabalho depende de valorização profissional, carreiras estáveis e ambientes institucionais capazes de reconhecer práticas colaborativas. Modelos remuneratórios centrados exclusivamente em produtividade individual tendem a desestimular ações coletivas e coordenação do cuidado. Em contrapartida, políticas que premiem qualidade assistencial, permanência territorial e inovação organizacional podem fortalecer as eMulti (BRASIL, 2024; SÃO PAULO, 2024). A

gestão do trabalho revela-se, desse modo, componente estratégico da consolidação da reabilitação no SUS (COELHO, 2024; CINTI, 2025).

5 INTEGRAÇÃO DA REABILITAÇÃO NA LINHA DE CUIDADO DAS CONDIÇÕES CRÔNICAS

As condições crônicas exigem acompanhamento prolongado, múltiplas intervenções e monitoramento contínuo de riscos funcionais ao longo do tempo. Diabetes, doenças cardiovasculares, enfermidades respiratórias, transtornos mentais persistentes e doenças osteoarticulares frequentemente repercutem sobre mobilidade, autocuidado e participação social. Nesse contexto, a reabilitação não pode ser acionada apenas em fases tardias de incapacidade instalada (OPAS, 2024; SANTOS, 2024). Sua integração precoce à linha de cuidado amplia prevenção de agravamentos e melhora qualidade de vida (BRASIL, 2024; OLIVEIRA et al., 2025).

Na APS, o acompanhamento longitudinal permite identificar sinais iniciais de declínio funcional antes que se convertam em dependência significativa. Mudanças no padrão de marcha, dificuldades em atividades básicas, isolamento social e baixa adesão terapêutica constituem alertas valiosos para intervenção oportuna. As eMulti ampliam capacidade de resposta diante desses sinais por reunir competências complementares em um mesmo arranjo organizacional (ALMEIDA et al., 2025; BRASIL, 2024). Dessa forma, a linha de cuidado torna-se mais preventiva e menos reativa (SOUZA et al., 2024; CINTI, 2025).

O manejo da dor crônica exemplifica a necessidade dessa integração, pois raramente responde de modo satisfatório a abordagens exclusivamente farmacológicas. Estratégias combinadas envolvendo educação em saúde, atividade orientada, suporte psicossocial e reorganização de rotinas tendem a produzir melhores desfechos sustentáveis. A APS oferece cenário privilegiado para esse cuidado por acompanhar determinantes emocionais, laborais e familiares associados ao sofrimento persistente (SANTOS, 2024; OPAS, 2024). Nesse sentido, a reabilitação integrada qualifica o cuidado e reduz medicalização excessiva (BRASIL, 2024; ALMEIDA et al., 2025).

No campo das doenças respiratórias e cardiovasculares, intervenções territoriais podem apoiar condicionamento funcional, adesão medicamentosa e reconhecimento precoce de sinais de descompensação. Grupos comunitários, visitas domiciliares e acompanhamento compartilhado favorecem autocuidado e evitam internações recorrentes. Tais práticas mostram que reabilitação não se limita ao pós-evento agudo, mas acompanha toda trajetória clínica do usuário (JUSTINO et al., 2025; OPAS, 2024). Assim, a linha de cuidado ganha continuidade e maior capacidade preventiva (BRASIL, 2024; SOUZA et al., 2024).

As condições crônicas em saúde mental também demandam perspectiva reabilitadora voltada à inserção social, autonomia cotidiana e reconstrução de projetos de vida. A redução do cuidado ao controle sintomatológico tende a perpetuar dependência institucional e exclusão comunitária. Em articulação com a APS, as eMulti podem fortalecer estratégias territoriais coerentes com a política de desinstitucionalização e com o cuidado em liberdade (BRASIL, 2024; BRASIL, 2024). Reabilitar, nesse campo, significa ampliar cidadania e pertencimento social (SANTOS, 2024; OPAS, 2024).

Entretanto, integrar reabilitação às linhas de cuidado requer superação de barreiras administrativas, clínicas e culturais ainda presentes em muitos sistemas locais. Protocolos fragmentados, agendas rígidas e comunicação precária entre serviços dificultam seguimento contínuo dos usuários complexos. Investimentos em coordenação clínica, prontuário integrado e planejamento compartilhado tornam-se decisivos para consolidar essa agenda (COELHO, 2024; OLIVEIRA et al., 2025). A maturidade das redes de atenção dependerá, em grande medida, da capacidade de incorporar funcionalidade como indicador central de cuidado.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A incorporação da reabilitação à Atenção Primária à Saúde representa uma das mudanças mais relevantes para a consolidação de sistemas públicos orientados pela integralidade, pois desloca o cuidado de respostas tardias e fragmentadas para intervenções precoces, contínuas e territorializadas. Ao reconhecer funcionalidade, autonomia e participação social como dimensões centrais da saúde, amplia-se a capacidade do SUS de responder a necessidades frequentemente invisibilizadas pelos modelos tradicionais. Nesse movimento, as eMulti emergem como arranjos institucionais capazes de densificar a clínica ampliada e fortalecer a coordenação das redes assistenciais. Seu potencial, contudo, depende de sustentação política, estabilidade normativa e capacidade gerencial nos diferentes entes federativos.

O debate contemporâneo demonstra que reabilitar não significa apenas recuperar capacidades perdidas, mas também remover barreiras sociais, ambientais e organizacionais que limitam vidas possíveis. Por isso, políticas eficazes exigem articulação entre saúde, assistência social, educação, mobilidade urbana e proteção de direitos, especialmente em territórios vulnerabilizados. A APS oferece base privilegiada para essa convergência por sua proximidade cotidiana com comunidades e famílias. Quando fortalecida, transforma-se em espaço estratégico de produção de autonomia, inclusão e cuidado longitudinal.

Os próximos anos demandarão investimentos robustos em formação interprofissional, valorização da força de trabalho, sistemas de informação sensíveis à funcionalidade e mecanismos permanentes de avaliação de resultados. Também será necessário produzir evidências nacionais capazes de orientar decisões sobre financiamento, composição de equipes e modelos organizacionais mais efetivos. A consolidação das eMulti como vetor de reabilitação dependerá da capacidade coletiva de superar visões setoriais e afirmar a

saúde como direito social inseparável da dignidade humana. Em síntese, fortalecer a reabilitação na APS significa fortalecer o próprio projeto civilizatório inscrito no SUS.


REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, H. B. et al. Coordenação do cuidado e reabilitação na APS. Acervo Mais, 2025.
- BARBOSA, R. Fisioterapia na atenção primária: novas diretrizes. São Paulo: Ed. Saúde, 2024.
- BRASIL. Curso eMulti: Saúde mental e reabilitação. Brasília: Ministério da Saúde, 2024.
- BRASIL. Equipes Multiprofissionais na APS (eMulti): Diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2024.
- BRASIL. Portaria GM/MS nº 3.005 (Programa Melhor em Casa). Brasília: Ministério da Saúde, 2024.
- BRASIL. Resolução CNS nº 739 (Política de Desinstitucionalização). Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2024.
- CINTI, M. F. Reabilitação na APS: força de trabalho para 2030. São Paulo: USP, 2025.
- COELHO, A. N. C. Rede de Reabilitação do SUS: gestão do trabalho. Belo Horizonte: UFMG, 2024.
- JUSTINO, N. F. et al. Reabilitação para pessoas com deficiência no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, 2025.
- MATTOS OLIVEIRA, C. W. et al. Medicina de Família e reabilitação. Cadernos de Estudos Pedagógicos, 2025.
- OLIVEIRA, F. P. et al. A reconstrução da APS no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, 2025.
- OPAS. Guia para Integração da Reabilitação na APS. Washington: OPAS, 2024.
- SANTOS, G. A. Atenção Básica: Clínica, educação e reabilitação. Campo Grande: Inovar, 2024.
- SÃO PAULO. Plano Estadual de Saúde 2024-2027 (eMulti). São Paulo: SES-SP, 2024.
- SOUZA, L. A. et al. Reabilitação na APS: síntese multiprofissional. Revista de APS, 2024.

CAPÍTULO 11

FUNDAMENTOS DA REABILITAÇÃO FÍSICA NA PERSPECTIVA DA MEDICINA

BASICS OF PHYSICAL REHABILITATION FROM A MEDICAL PERSPECTIVE

 <https://doi.org/10.63330/livroautoral502026-011>

Vinícius Soares Mendes Rodrigues

Acadêmico de Medicina
Centro Universitário de Mineiros (UNIFIMES)
E-mail: vini03122002@gmail.com

Nicole Segnor Sauer

Acadêmica de Medicina
Centro Universitário Alfredo Nasser (UNIFAN)
E-mail: nicole.segnor.sauer@gmail.com

Caio Castanheira Melo Ribeiro

Acadêmico de Medicina
Centro Universitário de Goiatuba (Unicerrado)
E-mail: castanheiracaio9@gmail.com

Guilherme da Mata e Castro

Acadêmico de Medicina
Universidade de Rio Verde (UNIRV)
E-mail: guilhermemc020802@gmail.com

Paulo Vieira da Costa Júnior

Acadêmico de Medicina
Centro Universitário Alfredo Nasser (UNIFAN)
E-mail: paulovcjunior@outlook.com

Renata da Silva Sodr 

Acadêmica de Medicina
Centro Universitário Alfredo Nasser (UNIFAN)
E-mail: renatasodre2811@gmail.com

Laila Silva Teixeira Azeredo Bastos

Acadêmica de Medicina
Centro Universitário Alfredo Nasser (UNIFAN)
E-mail: laila.bastos@hotmail.com

Victoria Dias Carneiro de Abreu

Acadêmica de Medicina
Centro Universitário de Goiatuba (Unicerrado)
E-mail: victoriadiasabreu@icloud.com

Lídia Acyole de Souza
Doutora em Ciências da Saúde
Universidade Federal de Goiás (UFG)
E-mail: lidia.acyole@gmail.com

RESUMO

A reabilitação física, sob a perspectiva médica, constitui processo terapêutico estruturado voltado à restauração da capacidade funcional, redução de incapacidades e prevenção de complicações secundárias associadas a doenças agudas, crônicas ou condições pós-traumáticas. Sua condução exige integração entre diagnóstico etiológico, estratificação de risco, definição de metas clínicas mensuráveis e prescrição individualizada de intervenções baseadas em exercício terapêutico, manejo farmacológico e monitorização contínua. O médico atua na identificação de limitações orgânicas reversíveis, no controle de comorbidades, na segurança cardiovascular e metabólica do treinamento, bem como na coordenação interdisciplinar centrada no paciente. Além disso, fundamentos fisiológicos como plasticidade neuromuscular, adaptação cardiorrespiratória, remodelamento tecidual e modulação inflamatória explicam os ganhos funcionais observados em diferentes cenários clínicos. Em contexto contemporâneo de envelhecimento populacional, multimorbidade e maior sobrevivência após eventos graves, a reabilitação assume papel estratégico na medicina baseada em valor, ao associar melhora de desempenho físico, autonomia e qualidade de vida à racionalização de custos assistenciais. Assim, compreender seus princípios científicos e clínicos torna-se competência essencial na formação médica e na prática especializada.

Palavras-chave: Reabilitação física; Medicina física; Capacidade funcional; Exercício terapêutico; Prognóstico clínico; Prescrição médica.

ABSTRACT

From a medical perspective, physical rehabilitation is a structured therapeutic process aimed at restoring functional capacity, reducing disabilities, and preventing secondary complications associated with acute or chronic diseases or post-traumatic conditions. Its implementation requires integration between etiological diagnosis, risk stratification, the definition of measurable clinical goals, and the individualized prescription of interventions based on therapeutic exercise, pharmacological management, and continuous monitoring. The physician plays a role in identifying reversible organic limitations, managing comorbidities, ensuring cardiovascular and metabolic safety during training, as well as facilitating patient-centered interdisciplinary coordination. Furthermore, physiological mechanisms such as neuromuscular plasticity, cardiorespiratory adaptation, tissue remodeling, and inflammatory modulation explain the functional gains observed across various clinical settings. In the current context of an aging population, multimorbidity, and increased

survival following serious events, rehabilitation plays a strategic role in value-based medicine by linking improvements in physical performance, autonomy, and quality of life to the rationalization of healthcare costs. Thus, understanding its scientific and clinical principles becomes an essential competency in medical education and specialized practice.

Keywords: Physical rehabilitation; Physical medicine; Functional capacity; Therapeutic exercise; Clinical prognosis; Medical prescription.

1 INTRODUÇÃO

A reabilitação física consolidou-se como componente essencial do cuidado médico moderno ao deslocar o foco exclusivo da doença para a recuperação da função e da autonomia do paciente. Segundo American College of Sports Medicine (2021), a capacidade funcional deve ser compreendida como desfecho clínico central em múltiplas condições crônicas e agudas. Esse entendimento amplia o papel do médico na condução terapêutica para além do diagnóstico nosológico e da prescrição farmacológica convencional (ACSM, 2021).

No campo conceitual, atividade física, exercício e aptidão física não são termos equivalentes, distinção clássica proposta por Caspersen et al. (1985), cuja precisão semântica repercute diretamente na prática clínica. Enquanto atividade física engloba qualquer movimento corporal produtor de gasto energético, exercício pressupõe planejamento, repetição e objetivo funcional definido. Para a medicina da reabilitação, essa diferenciação orienta metas terapêuticas individualizadas e mensuráveis (CASPERSEN et al., 1985).

O descondicionamento físico decorrente de imobilidade, hospitalização prolongada e sedentarismo representa mecanismo fisiopatológico comum a diversas enfermidades contemporâneas. Evidências demonstram redução rápida de massa muscular, piora da capacidade oxidativa e declínio cardiorrespiratório após períodos relativamente curtos de inatividade, com impacto prognóstico relevante. Nesse sentido, reabilitar significa também interromper trajetórias biológicas de perda funcional progressiva (GONÇALVES et al., 2021).

As diretrizes internacionais passaram a reconhecer o exercício terapêutico como intervenção de primeira linha na prevenção e no tratamento de doenças cardiovasculares, metabólicas e osteomusculares. A World Health Organization (2020) reforça que a inatividade física constitui importante fator modificável de risco populacional, exigindo resposta clínica estruturada. Assim, a prescrição médica de movimento torna-se medida baseada em evidências e não simples recomendação comportamental (BULL et al., 2020).

Em populações envelhecidas e portadoras de multimorbidades, a perda funcional frequentemente antecede desfechos duros como internação, institucionalização e mortalidade. Estudos sobre sarcopenia e

fragilidade mostram que força, velocidade de marcha e independência nas atividades diárias possuem alto valor prognóstico e devem integrar a avaliação médica rotineira. Reabilitar, portanto, é também estratificar risco e modificar curso clínico (MORLEY et al., 2011; LIMA et al., 2019).

Diante desse cenário, torna-se necessário sistematizar os fundamentos fisiológicos, clínicos e terapêuticos que sustentam a atuação médica na reabilitação física. Este capítulo tem como objetivo discutir bases conceituais e práticas para avaliação, prescrição e acompanhamento de programas reabilitadores voltados à recuperação funcional em diferentes contextos assistenciais.

2 FISIOPATOLOGIA DO DESCONDICIONAMENTO E BASES DA PLASTICIDADE TECIDUAL

O descondicionamento físico corresponde a síndrome adaptativa negativa desencadeada pela redução sustentada de cargas mecânicas e estímulos metabólicos sobre sistemas orgânicos previamente ativos. Em poucos dias de imobilidade, observam-se queda do volume plasmático, redução da extração periférica de oxigênio e perda de eficiência autonômica cardiovascular, fenômenos clinicamente relevantes. Conforme Gonçalves et al. (2021), tais alterações explicam intolerância ao esforço e fadiga precoce após internações ou períodos prolongados de repouso.

No músculo esquelético, a ausência de contração regular favorece balanço proteico negativo, aumento de vias catabólicas ubiquitina-proteassoma e redução da síntese miofibrilar. O resultado é atrofia preferencial de fibras tipo II, perda de potência muscular e piora do recrutamento neuromotor, com impacto funcional superior ao simples declínio de massa magra. John E. Morley et al. destacam que esse processo se associa a incapacidade progressiva e maior vulnerabilidade clínica (MORLEY et al., 2011).

O sistema cardiovascular também sofre remodelamento deletério diante da inatividade, com diminuição do débito cardíaco máximo, menor complacência vascular e prejuízo endotelial mediado por menor estímulo de cisalhamento sanguíneo. Essas mudanças aumentam custo fisiológico para esforços submáximos e contribuem para dispneia desproporcional. Ross Arena et al. relacionam tais mecanismos ao agravamento de doenças crônicas prevalentes (ARENA et al., 2019).

No metabolismo sistêmico, a redução de atividade contrátil compromete a translocação de transportadores de glicose, diminui sensibilidade insulínica e favorece inflamação de baixo grau. Há ainda queda da densidade mitocondrial e menor capacidade oxidativa, fatores que perpetuam fadiga e intolerância funcional. Em pacientes com diabetes tipo 2, essa cascata amplia risco cardiometabólico e piora controle glicêmico (KIRWAN et al., 2017).

Apesar dessas perdas, tecidos biológicos preservam notável capacidade de adaptação quando expostos a estímulos progressivos adequados. A plasticidade tecidual envolve hipertrofia muscular, angiogênese, melhora mitocondrial, reorganização neural e recuperação da reserva cardiorrespiratória,

desde que respeitados princípios de sobrecarga e individualização. American College of Sports Medicine reconhece que tais respostas dependem da dose correta de exercício terapêutico (ACSM, 2021).

Sob a ótica médica, compreender esses mecanismos permite indicar reabilitação precocemente, prevenir complicações secundárias e ajustar intensidade conforme doença de base e risco clínico. A intervenção tardia prolonga incapacidade e eleva custos assistenciais, especialmente em idosos e pacientes críticos. Portanto, a fisiopatologia do descondicionamento sustenta a necessidade de abordagem ativa, contínua e baseada em evidências.

3 AVALIAÇÃO FUNCIONAL MÉDICA E ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO NA REABILITAÇÃO

Segundo o American College of Sports Medicine, a avaliação funcional médica representa etapa nuclear para definição da segurança e da efetividade do tratamento reabilitador (ACSM, 2021). Mais do que confirmar diagnósticos prévios, o médico deve identificar limitações reais de mobilidade, autocuidado, desempenho ocupacional e participação social. Quando essa análise é negligenciada, programas terapêuticos tendem a reproduzir condutas genéricas e menos resolutivas.

Na anamnese dirigida, sintomas como fadiga desproporcional, tontura, dispneia aos pequenos esforços e dor musculoesquelética recorrente precisam ser correlacionados ao contexto clínico global. Frontera (2019) destaca que história funcional detalhada frequentemente revela incapacidades não percebidas em consultas convencionais. Dessa forma, o relato do paciente torna-se ferramenta diagnóstica e prognóstica relevante desde o primeiro contato.

O exame físico deve contemplar parâmetros hemodinâmicos em repouso, padrão ventilatório, equilíbrio postural, amplitude articular e integridade neurológica periférica e central. Alterações como hipotensão ortostática, dessaturação, rigidez importante ou paresias modificam intensidade e ambiente ideais para o treinamento. Em muitos casos, o exame funcional acrescenta informações clínicas que exames complementares isolados não captam.

Silva et al. (2022) demonstram que medidas objetivas seriadas ampliam a precisão da tomada de decisão na reabilitação hospitalar e ambulatorial. Teste de caminhada de seis minutos, velocidade de marcha habitual e força de preensão manual permitem quantificar limitação basal e acompanhar progresso terapêutico. Quando repetidos periodicamente, esses instrumentos ajudam a detectar platôs, regressões ou respostas superiores ao esperado.

A capacidade funcional reduzida possui valor prognóstico independente em múltiplas doenças crônicas, inclusive insuficiência cardíaca e enfermidades respiratórias. No meio ambulatorial, pequena piora no desempenho ao esforço pode anteceder descompensações clínicas futuras, como salientam Arena et al. (2019). Por isso, indicadores funcionais devem ser interpretados com peso semelhante ao de marcadores laboratoriais tradicionais.

Em indivíduos com risco cardiovascular elevado, a estratificação pré-participação orienta intensidade inicial, necessidade de monitorização e eventual solicitação de testes adicionais. O American College of Sports Medicine recomenda atenção especial a angina recente, síncope, arritmias não controladas e insuficiência cardíaca descompensada (ACSM, 2021). Nesses cenários, a reabilitação continua indicada, porém sob critérios mais rigorosos de supervisão.

Lima et al. (2019) ressaltam que, em idosos, a simples presença de multimorbidades não traduz adequadamente a reserva funcional do paciente. Torna-se necessário investigar sarcopenia, fragilidade, histórico de quedas e velocidade de marcha, variáveis fortemente associadas à perda de independência. Assim, a idade cronológica isolada não deve determinar exclusão terapêutica.

Ao longo do acompanhamento, a estratificação de risco precisa ser dinâmica e continuamente revista conforme evolução clínica e resposta ao treinamento. Ganho de capacidade funcional, controle pressórico e melhora sintomática podem permitir progressões antes contraindicadas. De modo inverso, intercorrências clínicas exigem regressão temporária da carga e nova reavaliação médica.

Em síntese, avaliar e estratificar risco não significa selecionar apenas pacientes “aptos”, mas adaptar o tratamento às vulnerabilidades identificadas. A prática médica contemporânea reconhece que indivíduos mais complexos frequentemente concentram maior potencial de benefício quando acompanhados de forma criteriosa. Nesse contexto, a avaliação funcional transforma-se em instrumento central de medicina personalizada aplicada à reabilitação.

4 AVALIAÇÃO FUNCIONAL MÉDICA E ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO NA REABILITAÇÃO

Segundo o American College of Sports Medicine, a avaliação funcional médica representa etapa nuclear para definição da segurança e da efetividade do tratamento reabilitador (ACSM, 2021). Mais do que confirmar diagnósticos prévios, o médico deve identificar limitações reais de mobilidade, autocuidado, desempenho ocupacional e participação social. Quando essa análise é negligenciada, programas terapêuticos tendem a reproduzir condutas genéricas e menos resolutivas.

Na anamnese dirigida, sintomas como fadiga desproporcional, tontura, dispneia aos pequenos esforços e dor musculoesquelética recorrente precisam ser correlacionados ao contexto clínico global. Frontera (2019) destaca que história funcional detalhada frequentemente revela incapacidades não percebidas em consultas convencionais. Dessa forma, o relato do paciente torna-se ferramenta diagnóstica e prognóstica relevante desde o primeiro contato.

O exame físico deve contemplar parâmetros hemodinâmicos em repouso, padrão ventilatório, equilíbrio postural, amplitude articular e integridade neurológica periférica e central. Alterações como hipotensão ortostática, dessaturação, rigidez importante ou paresias modificam intensidade e ambiente

ideais para o treinamento. Em muitos casos, o exame funcional acrescenta informações clínicas que exames complementares isolados não captam.

Silva et al. (2022) demonstram que medidas objetivas seriadas ampliam a precisão da tomada de decisão na reabilitação hospitalar e ambulatorial. Teste de caminhada de seis minutos, velocidade de marcha habitual e força de preensão manual permitem quantificar limitação basal e acompanhar progresso terapêutico. Quando repetidos periodicamente, esses instrumentos ajudam a detectar platôs, regressões ou respostas superiores ao esperado.

A capacidade funcional reduzida possui valor prognóstico independente em múltiplas doenças crônicas, inclusive insuficiência cardíaca e enfermidades respiratórias. No meio ambulatorial, pequena piora no desempenho ao esforço pode anteceder descompensações clínicas futuras, como salientam Arena et al. (2019). Por isso, indicadores funcionais devem ser interpretados com peso semelhante ao de marcadores laboratoriais tradicionais.

Em indivíduos com risco cardiovascular elevado, a estratificação pré-participação orienta intensidade inicial, necessidade de monitorização e eventual solicitação de testes adicionais. O American College of Sports Medicine recomenda atenção especial a angina recente, síncope, arritmias não controladas e insuficiência cardíaca descompensada (ACSM, 2021). Nesses cenários, a reabilitação continua indicada, porém sob critérios mais rigorosos de supervisão.

Lima et al. (2019) ressaltam que, em idosos, a simples presença de multimorbidades não traduz adequadamente a reserva funcional do paciente. Torna-se necessário investigar sarcopenia, fragilidade, histórico de quedas e velocidade de marcha, variáveis fortemente associadas à perda de independência. Assim, a idade cronológica isolada não deve determinar exclusão terapêutica.

Ao longo do acompanhamento, a estratificação de risco precisa ser dinâmica e continuamente revista conforme evolução clínica e resposta ao treinamento. Ganho de capacidade funcional, controle pressórico e melhora sintomática podem permitir progressões antes contraindicadas. De modo inverso, intercorrências clínicas exigem regressão temporária da carga e nova reavaliação médica.

Em síntese, avaliar e estratificar risco não significa selecionar apenas pacientes “aptos”, mas adaptar o tratamento às vulnerabilidades identificadas. A prática médica contemporânea reconhece que indivíduos mais complexos frequentemente concentram maior potencial de benefício quando acompanhados de forma criteriosa. Nesse contexto, a avaliação funcional transforma-se em instrumento central de medicina personalizada aplicada à reabilitação.

5 FARMACOLOGIA APLICADA E PRESCRIÇÃO MÉDICA DO EXERCÍCIO TERAPÊUTICO

A prescrição médica do exercício terapêutico exige compreensão integrada entre farmacologia clínica, fisiologia do esforço e objetivos funcionais individualizados. Conforme American College of Sports

Medicine, intensidade, frequência, duração e progressão devem ser ajustadas às condições clínicas e ao uso concomitante de medicamentos (ACSM, 2021). Quando essa interação é ignorada, respostas hemodinâmicas e metabólicas podem ser interpretadas de forma equivocada.

Betabloqueadores constituem exemplo clássico de interferência farmacológica sobre parâmetros usuais de treinamento, pois reduzem frequência cardíaca de repouso e de esforço. Nesses pacientes, escalas subjetivas de percepção de esforço e monitorização de sintomas tornam-se mais úteis do que metas baseadas apenas em pulso. No meio do acompanhamento, Garber et al. (2011) ressaltam a necessidade de individualização dos métodos de controle de carga.

Antihipertensivos vasodilatadores, diuréticos e bloqueadores do sistema renina-angiotensina também modificam tolerância ao exercício por diferentes mecanismos fisiológicos. Hipotensão pós-esforço, depleção volêmica e alterações eletrolíticas podem limitar desempenho ou aumentar risco de eventos adversos se não reconhecidas precocemente. Por isso, revisar prescrição medicamentosa deve preceder progressões importantes de treinamento.

Em pessoas com diabetes mellitus, Kirwan et al. (2017) descrevem o exercício como componente essencial do tratamento clínico, especialmente pela melhora da sensibilidade insulínica e do controle glicêmico. Entretanto, insulina e secretagogos elevam risco de hipoglicemia durante ou após sessões, exigindo ajustes terapêuticos individualizados. A conduta médica inclui orientar horários, ingestão alimentar e monitorização glicêmica conforme perfil do paciente.

Fármacos analgésicos e anti-inflamatórios merecem atenção porque podem mascarar dor-limitante e favorecer sobrecarga indevida de estruturas lesionadas. O alívio sintomático pode ser útil para adesão inicial, porém não substitui correção biomecânica nem progressão racional das cargas. Frontera (2019) observa que analgesia sem reavaliação funcional pode retardar recuperação adequada.

Em pacientes respiratórios, broncodilatadores de curta ou longa ação frequentemente ampliam capacidade de esforço ao reduzir limitação ventilatória dinâmica. Nesses casos, o momento da administração influencia desempenho e conforto durante a sessão terapêutica. A integração entre farmacoterapia e exercício aumenta eficiência clínica quando guiada por avaliação médica sistemática.

Segundo Piercy et al. (2018), o exercício deve ser tratado como intervenção dose-dependente, com efeitos previsíveis quando corretamente prescrito e monitorado. Isso implica definir metas objetivas, como ganho de marcha, melhora pressórica, aumento de força ou retorno ocupacional, e revisar resultados periodicamente. Sem mensuração de resposta, a prescrição perde caráter científico e torna-se mera recomendação genérica.

A progressão terapêutica deve respeitar princípios de sobrecarga gradual, especificidade e recuperação biológica entre estímulos consecutivos. Em indivíduos frágeis ou pós-internação, pequenas progressões sustentadas costumam gerar melhores resultados do que incrementos abruptos. No final do

processo, segurança e aderência dependem tanto da dose prescrita quanto da capacidade real de execução. Assim, a atuação médica no exercício terapêutico ultrapassa autorizar atividade física e envolve decisão clínica complexa baseada em risco, farmacologia e prognóstico funcional. Medicamentos podem potencializar, limitar ou modificar respostas adaptativas esperadas ao treinamento. Quando integradas de forma crítica, terapêutica farmacológica e reabilitação física tornam-se estratégias complementares e sinérgicas.

6 GESTÃO CLÍNICA DE RESULTADOS E INDICADORES DE PROGNÓSTICO FUNCIONAL

A gestão clínica de resultados na reabilitação física depende da definição prévia de metas objetivas, temporalmente delimitadas e clinicamente relevantes para cada paciente. Desde o início do programa, o médico deve estabelecer desfechos relacionados à função, sintomas, participação social e controle de comorbidades. American College of Sports Medicine sustenta que intervenções eficazes exigem monitorização sistemática e reavaliações periódicas (ACSM, 2021).

Indicadores funcionais simples apresentam elevada utilidade prática por permitirem acompanhamento longitudinal com baixo custo operacional. Distância percorrida em testes de caminhada, velocidade de marcha, tempo para sentar e levantar e força de preensão manual traduzem capacidade global em diferentes contextos clínicos. Silva et al. (2022) demonstram que tais métricas auxiliam decisões assistenciais e previsão de alta segura.

No ambiente hospitalar, a evolução funcional durante internação possui forte associação com tempo de permanência, necessidade de institucionalização e readmissões precoces. Pacientes que recuperam mobilidade básica mais rapidamente tendem a apresentar menor consumo de recursos e melhor transição para o domicílio. Em revisão nacional, Diniz et al. (2020) reforçam o impacto prognóstico da reabilitação precoce em pacientes críticos.

A análise de sintomas também integra gestão de resultados, pois melhora numérica sem benefício clínico percebido pode representar ganho limitado. Dispneia, dor, fadiga e medo de movimento devem ser mensurados por escalas validadas e correlacionados ao desempenho funcional. No meio do seguimento, mudanças subjetivas frequentemente antecedem progressos mensuráveis em testes físicos.

Em idosos, Paterson et al. (2019) destacam que manutenção da independência nas atividades de vida diária constitui desfecho prioritário e superior a marcadores exclusivamente biomédicos. Redução de quedas, preservação da marcha comunitária e capacidade de autocuidado refletem valor clínico direto para pacientes e famílias. Portanto, prognóstico funcional precisa considerar contexto social e nível prévio de autonomia.

A estratificação prognóstica deve incorporar multimorbidade, cognição, estado nutricional e presença de sarcopenia, fatores frequentemente interdependentes. Lima et al. (2019) observam que perda

de massa e força muscular associa-se a maior incapacidade e menor resposta terapêutica quando não abordada simultaneamente. Dessa forma, interpretar resultados exige visão sistêmica e não leitura isolada de indicadores.

Modelos contemporâneos de cuidado valorizam indicadores centrados no paciente, incluindo retorno ao trabalho, participação social e qualidade de vida autorreferida. Arena et al. (2019) argumentam que a reabilitação deve demonstrar impacto real sobre curso da doença e não apenas melhora transitória de testes laboratoriais ou físicos. Essa perspectiva aproxima medicina baseada em evidências e medicina baseada em valor.

Quando metas não são alcançadas no tempo esperado, cabe revisão diagnóstica e terapêutica estruturada, em vez de simples manutenção automática do plano inicial. Barreiras como adesão insuficiente, depressão, dor não controlada, medicação inadequada ou progressão da doença precisam ser investigadas. A ausência de resposta também constitui dado clínico relevante e exige intervenção.

Em síntese, gerir resultados em reabilitação significa transformar evolução funcional em informação clínica utilizável para decisões sucessivas. Indicadores prognósticos bem escolhidos orientam intensidade terapêutica, previsão de desfechos e alocação racional de recursos assistenciais. Sob ótica médica, medir resultados não é etapa acessória, mas parte integrante do tratamento.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A reabilitação física, sob a ótica médica, ultrapassa a noção de medida complementar e se consolida como estratégia terapêutica central para restaurar funcionalidade, reduzir incapacidade e prevenir complicações relacionadas ao imobilismo e à progressão das doenças crônicas. Seu êxito depende da integração entre raciocínio clínico, avaliação funcional, estratificação de risco e prescrição individualizada do exercício terapêutico, sempre articuladas ao manejo das comorbidades existentes. Nesse sentido, tratar adequadamente significa também devolver capacidade de movimento, autonomia e participação social ao paciente.

Frente ao envelhecimento populacional, ao aumento da multimorbidade e à maior sobrevida após eventos graves, a funcionalidade passa a representar desfecho tão relevante quanto controle laboratorial ou estabilidade diagnóstica. O médico contemporâneo deve dominar indicadores prognósticos, interpretar respostas ao treinamento e reajustar condutas conforme evolução clínica observada. Incorporar a reabilitação física à prática médica cotidiana significa alinhar assistência, ciência e valor em saúde em benefício duradouro dos pacientes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE (ACSM). ACSM's guidelines for exercise testing and prescription. 11. ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2021.

ARENA, R. et al. The role of exercise in the prevention and treatment of chronic disease. *Progress in Cardiovascular Diseases*, v. 62, n. 2, p. 101-103, 2019.

BULL, F. C. et al. World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. *British Journal of Sports Medicine*, v. 54, n. 24, p. 1451-1462, 2020.

CASPERSEN, C. J. et al. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Reports*, v. 100, n. 2, p. 126-131, 1985.

DINIZ, M. T. et al. Reabilitação física em pacientes críticos: uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, v. 32, n. 1, p. 120-128, 2020.

FRONTERA, W. R. DeLisa's Physical Medicine and Rehabilitation: Principles and Practice. 6. ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2019.

GARBER, C. E. et al. Quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory, musculoskeletal, and neuromotor fitness in apparently healthy adults: guidance for prescribing exercise. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, v. 43, n. 7, p. 1334-1359, 2011.

GONÇALVES, L. S. et al. Fisiopatologia do descondicionalismo físico e estratégias de reabilitação. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 116, n. 3, p. 450-458, 2021.

KIRWAN, J. P. et al. The essential role of exercise in the management of type 2 diabetes. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, v. 84, n. 7 Suppl 1, p. S15-S21, 2017.

LIMA, R. M. et al. Sarcopenia e fragilidade: do diagnóstico à reabilitação física. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 22, n. 4, p. e190123, 2019.

MORLEY, J. E. et al. Sarcopenia: an undiagnosed condition in older adults. Current consensus definition: prevalence, etiology, and consequences. *Journal of the American Medical Directors Association*, v. 12, n. 4, p. 249-256, 2011.

PATERSON, D. H. et al. Physical activity and health 2019: a review of the evidence for older adults. *Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism*, v. 44, n. 10, p. S164-S173, 2019.

PIERCY, K. L. et al. The Physical Activity Guidelines for Americans. *JAMA*, v. 320, n. 19, p. 2020-2028, 2018.


SILVA, J. M. et al. Gestão de indicadores funcionais na reabilitação hospitalar. *Jornal Brasileiro de Medicina*, v. 108, n. 2, p. 45-52, 2022.

THOMPSON, W. R. et al. Worldwide survey of fitness trends for 2024. *ACSM's Health & Fitness Journal*, v. 28, n. 1, p. 14-26, 2024.

CAPÍTULO 12

DOR CRÔNICA E REABILITAÇÃO: BASES NEUROBIOLÓGICAS, AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL E MANEJO MÉDICO DA FUNCIONALIDADE

CHRONIC PAIN AND REHABILITATION: NEUROBIOLOGICAL BASES, MULTIDIMENSIONAL ASSESSMENT, AND MEDICAL MANAGEMENT OF FUNCTIONALITY

 <https://doi.org/10.63330/livroautoral502026-012>

Ramon Giroto

Médico

Universidade Iguazu

E-mail: ramongirotto@hotmail.com

Paulo Vieira da Costa Júnior

Acadêmico de Medicina

Centro Universitário Alfredo Nasser (UNIFAN)

E-mail: paulovcjunior@outlook.com

Paula Nayara Jesus Freitas

Acadêmica de Medicina

Centro Universitário Alfredo Nasser (UNIFAN)

E-mail: paulanayarajf@hotmail.com

Aline Almeida da Silva

Acadêmica de Medicina

Centro Universitário Alfredo Nasser (UNIFAN)

E-mail: alinealmeidasilva1@outlook.com

Lucas Alves Fernandes Laurindo

Acadêmico de Medicina

Centro Universitário Alfredo Nasser

E-mail: lucas_afernandes@hotmail.com

Renata da Silva Sodré

Acadêmica de Medicina

Centro Universitário Alfredo Nasser (UNIFAN)

E-mail: renatasodre2811@gmail.com

Mariana Moreira de Oliveira

Acadêmica de Medicina

Centro Universitário Alfredo Nasser

E-mail: marianamoreira.medicina@gmail.com

Kamila Cristina Rodrigues Pelegrino

Acadêmica de Medicina

Centro Universitário Alfredo Nasser

E-mail: kamilacristina36@hotmail.com

Lídia Acyole de Souza
Doutora em Ciências da Saúde
Universidade Federal de Goiás (UFG)
E-mail: lidia.acyole@gmail.com

RESUMO

A dor crônica constitui condição clínica complexa, multifatorial e altamente prevalente, associada à limitação funcional, incapacidade laboral, sofrimento psíquico e uso recorrente de serviços de saúde. Sua abordagem contemporânea exige compreensão ampliada dos mecanismos neurobiológicos, psicológicos e sociais que sustentam a persistência da dor além do tempo esperado de reparação tecidual. No contexto médico, a reabilitação não se restringe à redução sintomática, mas busca restaurar autonomia, desempenho ocupacional, participação social e qualidade de vida por meio de plano terapêutico individualizado. A avaliação clínica estruturada, integrada à estratificação de risco e ao reconhecimento de comorbidades, orienta intervenções farmacológicas e não farmacológicas baseadas em evidências. O manejo efetivo depende ainda de comunicação terapêutica qualificada, metas funcionais mensuráveis e seguimento longitudinal. Assim, a integração entre medicina da dor e reabilitação representa eixo central para reduzir incapacidade e promover funcionalidade sustentada em pacientes com dor crônica.

Palavras-chave: Dor crônica; Reabilitação; Funcionalidade; Sensibilização central; Manejo clínico; Incapacidade; Medicina da dor.

ABSTRACT

Chronic pain is a complex, multifactorial, and highly prevalent clinical condition associated with functional limitations, work disability, psychological distress, and recurrent use of health care services. Its contemporary management requires a broader understanding of the neurobiological, psychological, and social mechanisms that underlie the persistence of pain beyond the expected time for tissue repair. In the medical context, rehabilitation is not limited to symptom relief but seeks to restore autonomy, occupational performance, social participation, and quality of life through an individualized treatment plan. Structured clinical assessment, integrated with risk stratification and the identification of comorbidities, guides evidence-based pharmacological and non-pharmacological interventions. Effective management also depends on qualified therapeutic communication, measurable functional goals, and longitudinal follow-up. Thus, the integration of pain medicine and rehabilitation represents a central pillar for reducing disability and promoting sustained functionality in patients with chronic pain.

Keywords: Chronic pain; Rehabilitation; Functionality; Central sensitization; Clinical management; Disability; Pain medicine.

1 INTRODUÇÃO

A dor é conceituada como uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada, ou semelhante àquela associada, a dano tecidual real ou potencial, definição que amplia sua natureza subjetiva e clínica. Na forma crônica, ultrapassa o tempo esperado de cicatrização e frequentemente perde relação proporcional com o insulto inicial. Esse entendimento deslocou o foco exclusivamente lesional para modelos centrados na pessoa e em sua funcionalidade (IASP, 2026).

A elevada prevalência da dor crônica impõe impacto expressivo sobre sistemas de saúde, produtividade econômica e trajetórias individuais de adoecimento. Treede et al. (2015) defendem que, em muitos casos, ela deve ser compreendida como doença em si mesma, dada a autonomia fisiopatológica adquirida ao longo do tempo. Tal concepção reforça a necessidade de diagnóstico precoce e manejo longitudinal estruturado.

No campo histórico da medicina, Osler (1925) já ressaltava a importância de observar o paciente para além da enfermidade isolada, princípio particularmente pertinente nos quadros dolorosos persistentes. A incapacidade relacionada à dor frequentemente decorre da interação entre sintomas, medo de movimento, descondicionamento físico e perdas sociais progressivas. Por isso, o exame médico moderno deve integrar doença, contexto e desempenho funcional (OSLER, 1925).

Engel (1977), ao propor o modelo biopsicossocial, ofereceu base conceitual decisiva para compreender por que intensidade dolorosa e incapacidade nem sempre caminham de forma paralela. Fatores emocionais, crenças disfuncionais, ambiente laboral e suporte familiar modulam percepção dolorosa e adesão terapêutica. Ignorar tais dimensões tende a produzir tratamentos incompletos e resultados clínicos inferiores.

Do ponto de vista neurobiológico, a cronificação envolve alterações periféricas e centrais, com amplificação de sinais nociceptivos e redução de mecanismos inibitórios descendentes. Woolf (2011) descreve a sensibilização central como processo-chave para hiperalgesia, alodinia e persistência sintomática mesmo após resolução tecidual inicial. Reconhecer esses mecanismos auxilia o médico na escolha racional de terapias e na validação do sofrimento do paciente.

Além disso, condições como depressão, ansiedade, insônia, obesidade e uso inadequado de analgésicos podem perpetuar ciclos de dor e incapacidade. Diretrizes contemporâneas recomendam planos terapêuticos multimodais, combinando educação, exercício, psicoterapia e farmacoterapia quando indicada (NICE, 2021). A reabilitação torna-se, assim, componente central do cuidado médico integral.

Apesar dos avanços conceituais e terapêuticos, persistem lacunas assistenciais relacionadas ao subdiagnóstico, à fragmentação do cuidado e ao excesso de intervenções passivas. Muitos pacientes percorrem longas trajetórias até receberem avaliação funcional adequada e metas realistas de recuperação. Esse cenário exige formação médica capaz de integrar ciência da dor, raciocínio clínico e estratégias reabilitadoras.

Diante disso, este capítulo tem por objetivo discutir os fundamentos fisiopatológicos da dor crônica, os métodos de avaliação médica multidimensional e as principais estratégias terapêuticas voltadas à recuperação funcional. Busca-se ainda analisar o papel da reabilitação interdisciplinar coordenada pelo médico na otimização de resultados clínicos, e oferecer base prática e científica útil à formação de médicos e residentes.

2 NEUROFISIOLOGIA DA DOR CRÔNICA E MECANISMOS DE CRONIFICAÇÃO

A dor crônica resulta de interação dinâmica entre nocicepção persistente, plasticidade neural maladaptativa e fatores moduladores sistêmicos. Cohen e Mao (2016) destacam que a manutenção sintomática nem sempre depende de lesão ativa, podendo decorrer de reorganização funcional das vias sensitivas. Essa distinção explica por que exames estruturais normais não excluem sofrimento clinicamente relevante.

Em termos médicos, compreender tal processo evita reducionismos diagnósticos e direciona terapêutica baseada em mecanismos predominantes. O raciocínio clínico deve considerar componentes nociceptivos, neuropáticos e nociplásticos coexistentes. Essa abordagem amplia a precisão do manejo e reduz intervenções desnecessárias. Na periferia, inflamação sustentada, microlesões repetitivas e sensibilização de nociceptores reduzem limiares para ativação dolorosa.

Mediadores como prostaglandinas, citocinas e substância P favorecem descargas ectópicas e amplificação aferente, perpetuando a entrada nociceptiva no sistema nervoso central. Como observam De León-Casasola (2021), tais mecanismos são frequentes em osteoartrite, lombalgia mecânica persistente e síndromes miofasciais. Clinicamente, isso se manifesta por dor evocada ao movimento, rigidez e piora após sobrecarga funcional. O controle do processo periférico permanece relevante mesmo em quadros cronificados. Entretanto, raramente explica sozinho toda a magnitude da incapacidade observada.

Woolf (2011) descreve a sensibilização central como estado de hiperexcitabilidade medular e supramedular no qual estímulos usuais passam a gerar dor aumentada ou inadequada. O fenômeno associa-se à facilitação sináptica, recrutamento glial e redução de circuitos inibitórios descendentes serotoninérgicos e noradrenérgicos.

Em consequência, surgem hiperalgesia difusa, alodinia e expansão topográfica da dor. Esse mecanismo é particularmente relevante em fibromialgia, cefaleias crônicas e algumas lombalgias

inespecíficas. Seu reconhecimento modifica a conduta médica, pois procedimentos periféricos isolados tendem a apresentar benefício limitado. Estratégias centrais e reabilitadoras ganham prioridade terapêutica.

Alterações corticais também participam da cronificação, envolvendo redes relacionadas à saliência, emoção, memória e controle executivo. Bradley (2018) ressalta que repetição dolorosa prolongada pode modificar atenção seletiva ao sintoma, expectativa negativa e resposta afetiva à experiência corporal. Assim, dor persistente deixa de ser apenas sinal sensorial e torna-se experiência neurocomportamental complexa. Na prática, pacientes podem relatar fadiga cognitiva, hipervigilância somática e baixa tolerância ao esforço. Tais achados exigem escuta clínica qualificada e validação diagnóstica. O tratamento deve contemplar condicionamento gradual e modulação cognitiva.

Fatores psicobiológicos influenciam decisivamente a transição da dor aguda para crônica. Basler et al. (2020) descrevem medo de movimento, catastrofização, insônia e estresse crônico como elementos capazes de aumentar excitabilidade neural e reduzir recuperação funcional. Quando presentes, esses fatores prolongam afastamentos laborais e reforçam comportamentos evitativos. Sob a ótica médica, não representam “causa imaginária”, mas moduladores reais do sistema nervoso. Seu rastreamento integra avaliação etiológica adequada. Negligenciá-los compromete prognóstico e adesão terapêutica.

Treede et al. (2015) propõem que a dor crônica seja entendida, em muitos contextos, como entidade mórbida própria pela autonomia fisiopatológica adquirida. Tal formulação desloca o objetivo terapêutico da cura anatômica exclusiva para controle sintomático, restauração funcional e prevenção de incapacidade progressiva. Consequentemente, o sucesso clínico passa a incluir retorno às atividades e melhora de participação social.

Compreender os mecanismos de cronificação permite ao médico individualizar condutas, selecionar terapias multimodais e estabelecer expectativas realistas. Também favorece comunicação mais precisa com o paciente e a equipe interdisciplinar. Esse conhecimento constitui base indispensável da reabilitação moderna em dor crônica.

3 AVALIAÇÃO MÉDICA MULTIDIMENSIONAL DA DOR E IMPACTO NA FUNCIONALIDADE

A avaliação médica da dor crônica deve ultrapassar a mensuração isolada da intensidade dolorosa e incorporar análise funcional ampla, pois sintomas semelhantes podem produzir níveis distintos de incapacidade entre pacientes diferentes. A American Pain Society (2019) recomenda investigação sistemática de duração, localização, qualidade, fatores agravantes e repercussões sobre sono, humor e desempenho diário. Na consulta, a narrativa clínica frequentemente revela mais sobre prognóstico funcional que a escala numérica isolada.

A anamnese dirigida precisa identificar cronologia do quadro, tratamentos prévios, respostas terapêuticas e uso atual de medicamentos, evitando repetição de condutas pouco racionais e melhorando o

planejamento terapêutico. Niv e Devor (2020) ressaltam que falhas anteriores muitas vezes decorrem de dose inadequada, baixa adesão ou ausência de metas definidas, e não de ineficácia intrínseca da estratégia utilizada. Também é essencial investigar sinais de alerta para causas secundárias graves, como perda ponderal, febre, déficit neurológico progressivo e história oncológica.

O exame físico deve integrar inspeção global, postura, mobilidade, força, sensibilidade e padrões de movimento, correlacionando cada achado ao impacto funcional real observado no cotidiano do paciente. Segundo De León-Casasola (2021), a observação funcional durante sentar, levantar, caminhar e transferir-se frequentemente fornece dados superiores aos obtidos em manobras isoladas, sendo comuns incongruências entre imagem radiológica e desempenho clínico. O exame neurológico permanece indispensável diante de parestesias, fraqueza ou suspeita neuropática.

Korff et al. (2018) demonstram utilidade da Chronic Pain Grade Scale ao combinar intensidade dolorosa e interferência nas atividades, permitindo estratificação objetiva da gravidade clínica e melhor acompanhamento longitudinal. Instrumentos validados auxiliam comparação de resposta terapêutica e comunicação entre profissionais, embora não substituam julgamento clínico individualizado nem escuta qualificada. Escalas de incapacidade lombar, questionários de sono e triagens emocionais também agregam valor quando selecionados conforme o contexto assistencial.

O modelo biopsicossocial proposto por Engel (1977) permanece central na avaliação contemporânea da dor persistente, especialmente porque ansiedade, depressão, medo de movimento, conflitos laborais e baixa rede de apoio podem amplificar sofrimento e limitar adesão terapêutica. Identificar esses fatores permite intervenções precoces e melhora do prognóstico reabilitador sem invalidar a dor relatada pelo paciente. Ao contrário, sofrimento emocional frequentemente indica maior complexidade clínica e necessidade de abordagem integrada.

Por fim, a funcionalidade deve constituir desfecho principal da avaliação e do seguimento, substituindo a busca exclusiva por analgesia total como marcador de sucesso terapêutico. NICE (2021) recomenda estabelecer metas mensuráveis, como caminhar determinada distância, retornar ao trabalho ou recuperar autonomia doméstica, favorecendo maior engajamento do paciente. Na prática, dor residual pode coexistir com boa qualidade de vida e participação social satisfatória quando o manejo médico é bem conduzido.

4 ESTRATÉGIAS FARMACOLÓGICAS E NÃO FARMACOLÓGICAS NO MANEJO MÉDICO DA DOR CRÔNICA

O manejo médico da dor crônica deve ser multimodal, progressivo e orientado por metas funcionais, reconhecendo que analgesia completa nem sempre é factível ou necessária para recuperação clínica satisfatória. A American Pain Society (2019) recomenda combinar intervenções farmacológicas e não

farmacológicas conforme mecanismo doloroso predominante, comorbidades e perfil de risco individual. O sucesso terapêutico depende mais da melhora de desempenho e autonomia do que da redução isolada de escores de dor.

Os analgésicos não opioides mantêm papel relevante em quadros nociceptivos, especialmente quando associados a inflamação musculoesquelética ou exacerbações dolorosas episódicas. De León-Casasola (2021) destaca que anti-inflamatórios não esteroidais e paracetamol devem ser utilizados com avaliação criteriosa de risco gastrointestinal, renal, cardiovascular e hepático, particularmente em idosos e pacientes crônicos. A prescrição médica racional exige menor dose eficaz e revisão periódica da real utilidade clínica.

Nos quadros neuropáticos ou nociplásticos, fármacos moduladores centrais frequentemente apresentam melhor resposta que analgésicos convencionais. Cohen e Mao (2016) descrevem utilidade de antidepressivos tricíclicos, inibidores de recaptção de serotonina e noradrenalina, gabapentinoides e outros agentes selecionados conforme perfil sintomático e tolerabilidade. A escolha deve considerar sono, humor, ansiedade, obesidade, risco de quedas e potenciais interações medicamentosas.

O uso crônico de opioides requer extrema cautela, pois benefícios sustentados costumam ser modestos e coexistem com riscos relevantes. NICE (2021) desestimula opioides para dor crônica primária, citando dependência, hiperalgesia induzida, constipação, sedação e prejuízo funcional em parcela dos pacientes. Quando excepcionalmente indicados, necessitam contrato terapêutico claro, monitorização contínua e estratégia definida de reavaliação ou retirada.

As abordagens não farmacológicas constituem eixo central do tratamento contemporâneo, especialmente programas graduais de exercício físico, educação em dor e restauração de capacidade funcional. Fiatarone Singh et al. (2019) demonstram que atividade física supervisionada reduz incapacidade, melhora condicionamento e favorece autoconfiança em múltiplas síndromes dolorosas persistentes. O médico deve prescrever movimento de forma individualizada, respeitando limitações iniciais e progressão segura.

Intervenções cognitivas e comportamentais também possuem relevância crescente no cuidado médico integrado da dor crônica. Basler et al. (2020) e Linton e Shaw (2019) descrevem benefícios da terapia cognitivo-comportamental presencial ou digital na redução de catastrofização, medo de movimento e interferência funcional. Assim, a estratégia terapêutica ideal combina farmacologia racional, reabilitação ativa e acompanhamento longitudinal centrado na funcionalidade.

5 REABILITAÇÃO INTERDISCIPLINAR LIDERADA PELO MÉDICO NA DOR CRÔNICA: DESAFIOS E OTIMIZAÇÃO DE RESULTADOS

A reabilitação interdisciplinar da dor crônica constitui estratégia assistencial de alta complexidade clínica, fundamentada na integração entre diagnóstico mecanístico, estratificação prognóstica e intervenções coordenadas centradas em funcionalidade. Treede et al. (2015) sustentam que a dor persistente frequentemente adquire autonomia fisiopatológica, exigindo modelos terapêuticos contínuos e não episódicos, com monitorização longitudinal de desfechos clínicos. Nesse contexto, a liderança médica consiste em sintetizar dados biológicos, psicossociais e ocupacionais para construção de plano terapêutico individualizado.

O médico assume papel nuclear na definição diagnóstica sindrômica e etiológica, distinguindo componentes nociceptivos, neuropáticos, nociplásticos e comorbidades que modulam incapacidade. De León-Casasola (2021) enfatiza que decisões terapêuticas inadequadas decorrem, com frequência, de classificação imprecisa da dor e de valorização excessiva de achados de imagem sem correlação clínica consistente. A coordenação médica adequada reduz cascatas iatrogênicas, procedimentos redundantes e medicalização improdutiva.

A organização do cuidado exige metas objetivas, temporalmente definidas e mensuráveis, substituindo objetivos genéricos centrados apenas em analgesia. NICE (2021) recomenda indicadores como retorno ocupacional, incremento de tolerância ao esforço, melhora de sono, redução de interferência nas atividades e ganho de autonomia funcional como marcadores primários de efetividade. Tal racionalidade favorece tomada de decisão baseada em valor clínico e não exclusivamente em intensidade dolorosa autorreferida.

Programas interdisciplinares robustos combinam farmacoterapia racional, educação em neurociência da dor, exercício terapêutico progressivo, manejo psicológico estruturado e intervenções ocupacionais conforme demanda individual. Basler et al. (2020) demonstram que estratégias cognitivas reduzem catastrofização, evitamento por medo e hipervigilância somática, fatores diretamente associados à pior resposta reabilitadora. Quando integradas ao condicionamento físico progressivo, essas medidas potencializam restauração funcional sustentada.

Entre os principais desafios contemporâneos destacam-se fragmentação assistencial, baixa adesão, expectativas irreais de cura imediata e uso prolongado de terapias passivas com limitada efetividade. Woolf (2011) sugere que estados de sensibilização central ampliam a discrepância entre dano tecidual e sofrimento percebido, exigindo comunicação clínica sofisticada para validar sintomas sem reforçar comportamento incapacitante. A habilidade médica em alinhar expectativas influencia diretamente adesão e prognóstico longitudinal.

A otimização de resultados depende de seguimento contínuo, reavaliação seriada de metas e ajustes terapêuticos baseados em resposta funcional objetiva. Korff et al. (2018) indicam que instrumentos padronizados de gravidade e interferência permitem mensurar trajetória clínica, identificar estagnação terapêutica e redefinir estratégias precocemente. Assim, a liderança médica na reabilitação da dor crônica transcende prescrição isolada, configurando gestão clínica avançada orientada por evidência e desempenho funcional.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A dor crônica representa condição clínica complexa, heterogênea e de elevada carga assistencial, cuja abordagem exige superação de modelos centrados exclusivamente na lesão anatômica. A prática médica contemporânea demonstra que intensidade dolorosa, incapacidade funcional e sofrimento subjetivo nem sempre evoluem de forma paralela, impondo avaliação integrada e longitudinal. Nesse cenário, compreender mecanismos biológicos, fatores psicossociais e contexto ocupacional torna-se indispensável para decisões terapêuticas mais precisas.

O manejo efetivo depende de raciocínio clínico estruturado, diagnóstico sindrômico adequado e definição de metas funcionais mensuráveis ao longo do seguimento. Estratégias multimodais, combinando farmacoterapia racional, educação em dor, exercício progressivo e intervenções psicocomportamentais, tendem a produzir melhores resultados do que condutas isoladas e episódicas. A centralidade da funcionalidade recoloca o paciente como protagonista do processo terapêutico e amplia a efetividade assistencial.

A reabilitação interdisciplinar coordenada pelo médico assume papel estratégico ao integrar diferentes saberes em plano terapêutico coerente, seguro e orientado por evidências. Mais do que controlar sintomas, busca restaurar autonomia, participação social, capacidade laboral e qualidade de vida sustentada. Tal perspectiva reduz iatrogenias, evita medicalização excessiva e favorece uso mais racional dos recursos em saúde.

Para médicos e residentes, o domínio da medicina da dor e dos princípios reabilitadores tornou-se competência essencial frente ao envelhecimento populacional e à crescente prevalência de condições crônicas incapacitantes. A formação técnica deve contemplar comunicação clínica, interpretação crítica de evidências e monitorização de desfechos funcionais relevantes. O futuro do cuidado em dor crônica depende de práticas clínicas cientificamente robustas, humanizadas e centradas na recuperação possível.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PAIN SOCIETY. *Clinical Practice Guidelines for the Management of Chronic Pain*. Glenview, IL: American Pain Society, 2019.

BASLER, H. D. et al. *Psychological Approaches to Pain Management: A Practitioner's Handbook*. 3. ed. New York: Guilford Press, 2020.

BRADLEY, L. A. *Fibromyalgia: A Comprehensive Clinical Guide*. New York: Springer, 2018.

COHEN, S. P.; MAO, J. Neuropathic pain: a mechanism-based approach to treatment. *Pain*, v. 157, n. 4, p. 787-800, 2016.

DE LEÓN-CASASOLA, O. A. *Chronic Pain Management: The Essentials*. Cambridge: Cambridge University Press, 2021.

ENGEL, G. L. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, v. 196, n. 4286, p. 129-136, 1977.

FIATARONE SINGH, M. A. et al. Exercise and chronic pain: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Pain Research*, v. 12, p. 289-300, 2019.

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN (IASP). *IASP Terminology*. Disponível em: <https://www.iasp-pain.org/resources/terminology/>. Acesso em: 20 abr. 2026.

KORFF, M. V. et al. The Chronic Pain Grade Scale: a review of its development and utility. *Pain*, v. 159, n. 11, p. 2197-2207, 2018.

LINTON, S. J.; SHAW, W. S. Cost-effectiveness of an internet-based cognitive behavioral therapy for chronic back pain. *Pain*, v. 160, n. 1, p. 121-128, 2019.

NICE (NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE). *Chronic pain (primary) in over 16s: assessment of all chronic pain and management of chronic primary pain*. NICE guideline [NG193]. London: NICE, 2021.

NIV, D.; DEVOR, M. *Pain Management: A Practical Guide for Clinicians*. 2. ed. New York: Springer, 2020.

OSLER, W. *The Principles and Practice of Medicine*. 10. ed. New York: D. Appleton and Company, 1925.


TREEDE, R. D. et al. Chronic pain as a disease: a conceptual and semantic analysis. *Pain*, v. 156, n. 10, p. 1997-2003, 2015.

WOOLF, C. J. Central sensitization: implications for the diagnosis and treatment of pain. *Pain*, v. 152, n. 3 Suppl, p. S2-S15, 2011.

CAPÍTULO 13

DESEMPENHO FÍSICO E SAÚDE: FUNDAMENTOS MÉDICOS DA PRESCRIÇÃO DO EXERCÍCIO DO PACIENTE AO ATLETA

PHYSICAL PERFORMANCE AND HEALTH: MEDICAL BASICS OF EXERCISE PRESCRIPTION FROM PATIENTS TO ATHLETES

 <https://doi.org/10.63330/livroautoral502026-013>

Ramon Giroto

Médico

Universidade Iguazu

E-mail: ramongirotto@hotmail.com

Lucas de Souza Moreira Santos

Acadêmico de Medicina

Centro Universitário de Mineiros (UNIFIMES)

E-mail: lucaspwmagnus@hotmail.com

Renata da Silva Sodr 

Acadêmica de Medicina

Centro Universitário Alfredo Nasser (UNIFAN)

E-mail: renatasodre2811@gmail.com

Ronan Santiago Campos Luíz

Acadêmico de Medicina

Centro Universitário Alfredo Nasser

E-mail: ronan_scl@hotmail.com

João Vitor Campelo Cruz

Acadêmico de Medicina

Centro Universitário Alfredo Nasser

E-mail: joaovitorcampelo@gmail.com

Victor Hugo Barbosa Roriz

Acadêmico de Medicina

Centro Universitário Alfredo Nasser

E-mail: victorhroriz@gmail.com

Bruno Silveira Leão

Acadêmico de Medicina

Centro Universitário Alfredo Nasser

E-mail: bruno_s_l@hotmail.com

Lídia Acyole de Souza

Doutora em Ciências da Saúde

Universidade Federal de Goiás (UFG)

E-mail: lidia.acyole@gmail.com

RESUMO

O desempenho físico representa um continuum clínico que abrange desde indivíduos sedentários e portadores de doenças crônicas até atletas submetidos a elevadas cargas fisiológicas. Sob a ótica médica, a avaliação funcional e a prescrição do exercício constituem intervenções terapêuticas centrais para prevenção, tratamento e otimização da saúde, exigindo compreensão integrada da fisiologia cardiovascular, metabólica, neuromuscular e endócrina. Em pacientes, o exercício estruturado reduz morbimortalidade, melhora capacidade funcional e favorece autonomia; em atletas, contribui para performance, recuperação e redução do risco de lesões e eventos adversos. A medicina do esporte amplia esse espectro ao incorporar estratificação de risco, monitorização clínica, biomarcadores, manejo nutricional e controle de cargas. Populações especiais, como idosos, cardiopatas, diabéticos e indivíduos frágeis, demandam ajustes individualizados baseados em segurança e resposta adaptativa. Assim, o médico contemporâneo deve reconhecer o exercício como ferramenta diagnóstica, terapêutica e de promoção de desempenho ao longo de todo o curso de vida.

Palavras-chave: Exercício físico; Medicina do esporte; Desempenho físico; Prescrição do exercício; Saúde cardiovascular.

ABSTRACT

Physical performance represents a clinical continuum ranging from sedentary individuals and those with chronic diseases to athletes subjected to high physiological demands. From a medical perspective, functional assessment and exercise prescription are central therapeutic interventions for the prevention, treatment, and optimization of health, requiring an integrated understanding of cardiovascular, metabolic, neuromuscular, and endocrine physiology. In patients, structured exercise reduces morbidity and mortality, improves functional capacity, and promotes autonomy; in athletes, it contributes to performance, recovery, and a reduced risk of injuries and adverse events. Sports medicine broadens this spectrum by incorporating risk stratification, clinical monitoring, biomarkers, nutritional management, and load control. Special populations, such as the elderly, patients with heart disease, diabetics, and frail individuals, require individualized adjustments based on safety and adaptive response. Thus, the contemporary physician must recognize exercise as a diagnostic, therapeutic, and performance-enhancing tool throughout the entire lifespan.

Keywords: Physical exercise; Sports medicine; Physical performance; Exercise prescription; Cardiovascular health.

1 INTRODUÇÃO

A inatividade física consolidou-se nas últimas décadas como um dos principais determinantes modificáveis de morbimortalidade global, repercutindo sobre doenças cardiovasculares, metabólicas e neoplásicas. Segundo a World Health Organization, níveis insuficientes de movimento corporal permanecem altamente prevalentes em diferentes faixas etárias e contextos socioeconômicos, exigindo respostas clínicas e populacionais consistentes. Nesse cenário, o exercício físico deixou de ser apenas recomendação comportamental e passou a ocupar posição terapêutica estruturada no cuidado moderno (WHO, 2020; BULL et al., 2020).

Warburton et al. (2006) demonstraram que adaptações induzidas pelo treinamento regular alcançam múltiplos sistemas orgânicos, com efeitos sobre pressão arterial, sensibilidade insulínica, composição corporal e capacidade cardiorrespiratória. Tais respostas explicam por que programas supervisionados se associam à redução de eventos clínicos relevantes e melhor prognóstico em distintas enfermidades crônicas. Dessa forma, a aptidão física passou a ser interpretada como marcador biológico de saúde e sobrevivência (WARBURTON et al., 2006; ARENA et al., 2019).

No campo assistencial, a prescrição médica do exercício exige raciocínio semelhante ao empregado para terapias farmacológicas, incluindo indicação, dose, progressão, contraindicações e monitoramento de efeitos. Garber et al. salientam que frequência, intensidade, tempo e tipo de treinamento devem ser individualizados conforme objetivos e perfil clínico, evitando tanto subdosagem quanto sobrecarga inadequada. A precisão dessa conduta amplia adesão, segurança e efetividade terapêutica (GARBER et al., 2011; ACSM, 2021).

Em paralelo, a medicina do esporte expandiu-se para além do acompanhamento competitivo, incorporando prevenção, rastreamento cardiovascular, manejo de lesões e otimização funcional. No atleta, pequenas variações em recuperação, sono, disponibilidade energética e carga interna podem modificar desempenho e risco clínico, como discutem Thompson et al. ao analisar tendências contemporâneas do treinamento. Assim, desempenho e saúde deixaram de ser conceitos antagônicos e passaram a ser dimensões complementares (THOMPSON et al., 2024).

Também merece destaque o envelhecimento populacional, que amplia a relevância do exercício no enfrentamento da sarcopenia, fragilidade e perda de independência funcional. Estudos em idosos mostram que intervenções combinando treino aeróbico, força e equilíbrio preservam mobilidade e reduzem incapacidade, especialmente quando iniciadas precocemente. A medicina baseada em funcionalidade reforça essa abordagem centrada no curso de vida (PATERSON et al., 2019; LIMA et al., 2019).

Diante desse panorama, torna-se necessário discutir de forma integrada como os princípios fisiológicos e clínicos do exercício conectam o cuidado do paciente comum ao acompanhamento do atleta.

Este capítulo tem por objetivo analisar fundamentos médicos da prescrição do exercício, critérios de desempenho e estratégias de monitoramento aplicáveis a diferentes populações.

2 FISIOLOGIA DO EXERCÍCIO E ADAPTAÇÕES SISTÊMICAS NA SAÚDE

O exercício físico regular promove adaptações integradas nos sistemas cardiovascular, respiratório, neuromuscular e endócrino, configurando uma das intervenções não farmacológicas mais efetivas da prática médica contemporânea. Conforme o American College of Sports Medicine, a exposição progressiva ao esforço melhora eficiência funcional, reserva fisiológica e tolerância ao estresse orgânico, sendo tais respostas dependentes da dose total, intensidade aplicada e continuidade do treinamento. No sistema cardiovascular, observam-se aumento do volume sistólico, redução da frequência cardíaca de repouso, maior variabilidade vagal e melhora da função endotelial, fatores diretamente relacionados à menor sobrecarga hemodinâmica cotidiana e à redução de eventos clínicos futuros (ACSM, 2021; ARENA et al., 2019).

A aptidão cardiorrespiratória, usualmente expressa pelo consumo máximo de oxigênio, permanece entre os mais robustos marcadores prognósticos em medicina preventiva e clínica. Wen et al. (2011) demonstraram relação dose-resposta entre níveis crescentes de atividade física e redução progressiva da mortalidade global, evidenciando que mesmo volumes modestos de exercício produzem ganhos relevantes em expectativa de vida. No sistema respiratório, embora a estrutura pulmonar varie pouco em indivíduos hígidos, o treinamento melhora eficiência ventilatória, coordenação toracoabdominal e tolerância à acidose induzida pelo esforço, resultando em menor dispneia e maior capacidade funcional em diversas populações (WEN et al., 2011).

No metabolismo energético, a contração muscular estimula translocação de transportadores GLUT-4 e aumenta captação de glicose independentemente da insulina, mecanismo particularmente relevante no diabetes mellitus tipo 2. Kirwan et al.(2017) descrevem melhora sustentada da sensibilidade insulínica, redução da hemoglobina glicada e, em muitos casos, menor necessidade terapêutica farmacológica quando o exercício é mantido regularmente. Além disso, o treinamento aeróbico amplia densidade mitocondrial, atividade enzimática oxidativa e utilização de ácidos graxos, favorecendo flexibilidade metabólica e redução do acúmulo lipídico ectópico (KIRWAN et al., 2017).

No tecido muscular esquelético, estímulos mecânicos adequados promovem hipertrofia miofibrilar, aumento de força e aprimoramento do recrutamento neuromotor, repercussões decisivas para funcionalidade e desempenho físico. Exercícios resistidos preservam massa magra durante envelhecimento, hospitalizações prolongadas e condições catabólicas, ao passo que cargas gravitacionais e contrações tensionais favorecem remodelamento ósseo, reduzindo osteopenia e fraturas por fragilidade. Lima et al.

ressaltam que força muscular e equilíbrio constituem determinantes centrais da autonomia em idosos, especialmente quando associados a programas multicomponentes (LIMA et al., 2019).

Do ponto de vista imunometabólico e neuropsiquiátrico, o exercício reduz inflamação crônica de baixo grau, modula adipocinas, melhora humor, cognição executiva e qualidade do sono, estabelecendo impacto sistêmico amplo sobre saúde global. Zelko et al. (2021) associam essas respostas à menor incidência de aterosclerose, hipertensão e doenças metabólicas prevalentes, enquanto o sedentarismo prolongado favorece descondição acelerado com perda de VO₂ máximo, força e tolerância ao esforço. Gonçalves et al. relatam que imobilização, internações e doenças crônicas intensificam esse processo, reforçando que a recuperação depende de reabilitação progressiva e supervisionada; assim, do paciente sedentário ao atleta competitivo, o exercício permanece simultaneamente terapêutica, prevenção e instrumento de performance (ZELKO et al., 2021; GONÇALVES et al., 2021).

3 MEDICINA DO ESPORTE E CRITÉRIOS PARA OTIMIZAÇÃO DO DESEMPENHO

A medicina do esporte consolidou-se como área estratégica da prática médica ao integrar prevenção, diagnóstico, tratamento e otimização do rendimento físico em indivíduos ativos e atletas competitivos. Seu objetivo contemporâneo não se restringe ao tratamento de lesões, mas envolve sustentar performance elevada com segurança clínica, reduzindo riscos cardiovasculares, metabólicos e ortopédicos associados ao treinamento intenso. Conforme o American College of Sports Medicine, o acompanhamento médico sistemático permite individualizar cargas, identificar limitações fisiológicas e ampliar longevidade esportiva (ACSM, 2021).

A avaliação inicial deve contemplar anamnese esportiva detalhada, histórico familiar, uso de substâncias ergogênicas, padrão de sono, sintomas ao esforço e antecedentes de lesões prévias. O exame físico direcionado associa-se, quando indicado, a eletrocardiograma, testes laboratoriais, ecocardiografia e avaliação cardiopulmonar, especialmente em atletas masters ou portadores de fatores de risco. Esse rastreio reduz a probabilidade de eventos adversos graves relacionados ao exercício e permite tomada de decisão mais segura quanto à participação competitiva.

Entre os principais determinantes fisiológicos do desempenho destacam-se consumo máximo de oxigênio, limiar ventilatório, economia de movimento, potência mecânica e capacidade de recuperação entre sessões. A análise longitudinal desses parâmetros permite reconhecer evolução adaptativa, estagnação de performance ou sinais precoces de fadiga acumulada. Thompson et al. ressaltam que o uso crescente de tecnologias vestíveis e monitorização remota ampliou a precisão na leitura desses indicadores e no ajuste de treinamentos contemporâneos (THOMPSON et al., 2024).

A periodização das cargas constitui elemento central para otimização de resultados e prevenção de overtraining, exigindo alternância planejada entre estímulo, recuperação e fases competitivas. Quando há

desequilíbrio entre demanda fisiológica e capacidade regenerativa, podem surgir queda de rendimento, alterações autonômicas, distúrbios do sono, maior suscetibilidade infecciosa e lesões recorrentes. Nesse contexto, a supervisão médica contribui para reconhecer sinais clínicos precoces e reorientar volume, intensidade e calendário competitivo.

Aspectos nutricionais e hormonais também exercem influência decisiva sobre performance esportiva, especialmente em modalidades de endurance, força ou categorias por peso. Baixa disponibilidade energética, deficiência de ferro, distúrbios menstruais, alterações tireoidianas e uso inadequado de suplementos podem comprometer adaptação ao treinamento e aumentar morbidade. Assim, a medicina do esporte moderna entende que desempenho máximo depende da integração entre fisiologia, recuperação, saúde sistêmica e condutas baseadas em evidência.

4 PRESCRIÇÃO MÉDICA DO EXERCÍCIO PARA POPULAÇÕES ESPECIAIS

A prescrição médica do exercício para populações especiais exige abordagem altamente individualizada, baseada em estratificação de risco, limitações funcionais, comorbidades associadas e objetivos clínicos específicos. Diferentemente do adulto jovem saudável, indivíduos com doenças crônicas, idosos, gestantes ou pessoas com deficiência demandam ajustes criteriosos de intensidade, progressão e monitoramento contínuo, a fim de garantir segurança e adesão terapêutica sustentada. O American College of Sports Medicine destaca que o exercício, quando corretamente indicado, possui impacto comparável ao de terapias farmacológicas em diversas condições prevalentes, especialmente quando incorporado de forma longitudinal ao plano assistencial (AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE, 2021).

Em pacientes cardiopatas, a prescrição deve considerar capacidade funcional basal, sintomas desencadeados pelo esforço, fração de ejeção ventricular, presença de arritmias, isquemia residual e estabilidade clínica recente. Programas supervisionados de reabilitação cardiovascular reduzem mortalidade, reinternações hospitalares e limitação funcional, sobretudo após síndrome coronariana aguda, insuficiência cardíaca e procedimentos intervencionistas. Arena et al. (2019) reforçam que treinamento aeróbico progressivo associado ao fortalecimento muscular melhora prognóstico, autonomia e qualidade de vida, além de favorecer maior retorno às atividades habituais.

Nos indivíduos com diabetes mellitus tipo 2, obesidade e síndrome metabólica, o exercício atua diretamente sobre resistência insulínica, composição corporal e controle glicêmico global. Combinações entre treino aeróbico e resistido tendem a produzir maiores benefícios metabólicos, com redução da hemoglobina glicada, preservação de massa magra e diminuição da gordura visceral. Kirwan et al. (2017) salientam que a regularidade da prática constitui variável decisiva para manutenção dos ganhos clínicos, enquanto interrupções prolongadas favorecem rápida perda adaptativa.

Na população idosa, a prioridade terapêutica frequentemente recai sobre manutenção de autonomia, prevenção de quedas, preservação cognitiva e retardamento da fragilidade biológica. Programas multicomponentes envolvendo força, equilíbrio, mobilidade, coordenação e resistência aeróbica demonstram resultados superiores aos modelos unidimensionais, especialmente em idosos sarcopênicos ou institucionalizados. Lima et al. (2019) e Paterson et al. (2019) destacam que incrementos modestos de força muscular, velocidade de marcha e capacidade de levantar-se já repercutem intensamente sobre independência funcional, redução de hospitalizações e permanência domiciliar.

Em gestantes, a atividade física regular associa-se a menor ganho ponderal excessivo, melhor controle glicêmico, redução de lombalgia e menor risco de complicações metabólicas quando não há contraindicações obstétricas. A prescrição deve respeitar trimestre gestacional, sintomas maternos, histórico clínico e modalidade previamente praticada, evitando esforços incompatíveis com segurança materno-fetal. Diretrizes contemporâneas recomendam manutenção do movimento com adaptações progressivas e supervisão adequada sempre que necessário (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020; BULL et al., 2020).

Pacientes oncológicos também se beneficiam amplamente do exercício durante e após o tratamento, com melhora de fadiga relacionada ao câncer, capacidade funcional e saúde mental. Estratégias individualizadas auxiliam no enfrentamento do descondicionamento induzido por quimioterapia, internações e imobilidade prolongada, além de contribuírem para retorno social e ocupacional. Em doenças crônicas complexas, movimento estruturado representa ferramenta terapêutica complementar de alto valor clínico (ZELKO et al., 2021).

Nos pneumopatas crônicos, especialmente portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica e sequelas respiratórias persistentes, o exercício melhora tolerância ao esforço e reduz dispneia nas atividades diárias. O treinamento supervisionado associa condicionamento aeróbico, fortalecimento periférico e educação respiratória, permitindo maior eficiência funcional com menor custo ventilatório. Tais ganhos repercutem diretamente sobre qualidade de vida e redução de exacerbações clínicas (WARBURTON et al., 2006).

Em pessoas com deficiência física, sensorial ou neurológica, a prescrição médica deve considerar barreiras ambientais, dispositivos assistivos, risco de sobrecarga segmentar e potencial de independência funcional. O objetivo não se limita ao condicionamento, mas inclui participação social, autonomia e prevenção de complicações secundárias ao sedentarismo. Estratégias adaptadas demonstram que limitação funcional não equivale à impossibilidade de treinamento efetivo (PIERCY et al., 2018).

A progressão segura do exercício nessas populações depende de monitorização clínica periódica, reavaliação funcional e comunicação interdisciplinar constante. Sinais como intolerância ao esforço, piora sintomática, alterações hemodinâmicas ou fadiga desproporcional exigem revisão imediata da conduta

terapêutica. O acompanhamento médico contínuo amplia segurança e favorece adesão de longo prazo (GARBER et al., 2011).

Assim, a prescrição contemporânea reconhece que populações especiais não devem ser afastadas do movimento, mas incluídas por meio de estratégias cientificamente fundamentadas, progressivas e individualizadas. Do cardiopata ao idoso frágil, da gestante ao paciente oncológico, o exercício assume papel central na medicina preventiva, reabilitadora e funcional. Tratar com exercício significa adaptar ciência fisiológica às singularidades clínicas de cada indivíduo.

5 MONITORAMENTO CLÍNICO E MARCADORES BIOLÓGICOS DE RECUPERAÇÃO

O monitoramento clínico do exercício representa etapa essencial para garantir segurança, eficácia terapêutica e progressão adequada das cargas em pacientes e atletas. A resposta ao treinamento não depende apenas do estímulo aplicado, mas da capacidade orgânica de recuperar-se entre sessões, adaptando sistemas cardiovasculares, neuromusculares e metabólicos. Nesse contexto, o seguimento médico sistemático permite detectar precocemente sinais de sobrecarga, baixa resposta adaptativa ou risco clínico aumentado (AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE, 2021).

Entre os parâmetros mais utilizados destacam-se frequência cardíaca de repouso, pressão arterial, percepção subjetiva de esforço e variabilidade da frequência cardíaca. Alterações persistentes nesses indicadores podem sugerir fadiga acumulada, estresse autonômico ou recuperação incompleta após períodos de treinamento intenso. Thompson et al. (2024) ressaltam que tecnologias vestíveis ampliaram a coleta contínua desses dados, favorecendo decisões individualizadas sobre carga e descanso.

Marcadores laboratoriais também contribuem para avaliação médica da recuperação fisiológica, sobretudo em indivíduos submetidos a maiores volumes de esforço. Creatina quinase, ureia, ferritina, hemograma, glicemia e perfil hormonal podem auxiliar na identificação de dano muscular excessivo, deficiência nutricional, anemia funcional ou desequilíbrios endócrinos relevantes. Entretanto, tais exames devem sempre ser interpretados dentro do contexto clínico e da modalidade praticada.

No atleta competitivo, a recuperação inadequada associa-se a queda de rendimento, maior incidência de lesões musculoesqueléticas, distúrbios do sono e alterações de humor. Já em pacientes em reabilitação, recuperação insuficiente pode manifestar-se como intolerância ao esforço, piora sintomática e estagnação funcional. Por isso, monitorar recuperação significa ajustar a terapêutica de forma dinâmica e centrada na resposta individual (GARBER et al., 2011).

Sono adequado, nutrição compatível com gasto energético e controle do estresse psicossocial exercem papel decisivo sobre biomarcadores de recuperação e adaptação. Estados de baixa disponibilidade energética, privação de sono ou inflamação persistente comprometem síntese proteica, imunidade e

desempenho global. A medicina do esporte contemporânea compreende que recuperação não é passiva, mas componente ativo do treinamento.

Em ambiente hospitalar e ambulatorial, indicadores funcionais simples também possuem grande utilidade, como teste de caminhada, velocidade de marcha e tolerância às atividades diárias. Silva et al. (2022) destacam que métricas funcionais seriadas auxiliam na condução reabilitadora e na tomada de decisão clínica. Assim, integrar dados subjetivos, clínicos, funcionais e laboratoriais permite acompanhamento mais preciso e seguro do desempenho físico.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desempenho físico deve ser compreendido como fenômeno clínico contínuo que abrange desde o paciente fragilizado até o atleta submetido a elevadas demandas fisiológicas. Em ambos os extremos, a medicina encontra no exercício ferramenta diagnóstica, terapêutica e preventiva de elevada efetividade. O conhecimento fisiológico aplicado transforma movimento em intervenção estruturada.

A prescrição médica do exercício exige individualização, estratificação de risco e acompanhamento longitudinal, tal como ocorre com outras terapias consagradas. Intensidade, volume, frequência e recuperação precisam ser ajustados conforme idade, objetivos funcionais e condições clínicas coexistentes. Sem essa personalização, reduzem-se segurança, adesão e resultados.

Também se evidencia que monitoramento clínico e avaliação funcional periódica são indispensáveis para detectar fadiga, sobrecarga ou resposta insuficiente ao treinamento. O uso racional de marcadores fisiológicos, laboratoriais e funcionais amplia a precisão das condutas e protege a saúde do praticante. Desempenho sustentável depende de adaptação adequadamente acompanhada.

Por fim, formar médicos capazes de prescrever e interpretar exercício físico tornou-se necessidade acadêmica e assistencial contemporânea. Em cenário marcado por doenças crônicas, envelhecimento populacional e crescente busca por performance, integrar medicina e ciência do exercício representa estratégia essencial para cuidado moderno e baseado em evidências.

REFERÊNCIAS

AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE. ACSM's Guidelines for Exercise Testing and Prescription. 11. ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2021.

ARENA, R. et al. The role of exercise in the prevention and treatment of chronic disease. *Progress in Cardiovascular Diseases*, v. 62, n. 2, p. 101-103, 2019.

BULL, F. C. et al. World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. *British Journal of Sports Medicine*, v. 54, n. 24, p. 1451-1462, 2020.

GARBER, C. E. et al. Quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory, musculoskeletal, and neuromotor fitness in apparently healthy adults: guidance for prescribing exercise. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, v. 43, n. 7, p. 1334-1359, 2011.

GONÇALVES, L. S. et al. Fisiopatologia do descondicionalamento físico e estratégias de reabilitação. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 116, n. 3, p. 450-458, 2021.

KIRWAN, J. P. et al. The essential role of exercise in the management of type 2 diabetes. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, v. 84, n. 7 Suppl 1, p. S15-S21, 2017.

LIMA, R. M. et al. Sarcopenia e fragilidade: do diagnóstico à reabilitação física. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 22, n. 4, p. e190123, 2019.

PATERSON, D. H. et al. Physical activity and health 2019: a review of the evidence for older adults. *Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism*, v. 44, n. 10, p. S164-S173, 2019.

PIERCY, K. L. et al. The Physical Activity Guidelines for Americans. *JAMA*, v. 320, n. 19, p. 2020-2028, 2018.

SILVA, J. M. et al. Gestão de indicadores funcionais na reabilitação hospitalar. *Jornal Brasileiro de Medicina*, v. 108, n. 2, p. 45-52, 2022.

THOMPSON, W. R. et al. Worldwide survey of fitness trends for 2024. *ACSM's Health & Fitness Journal*, v. 28, n. 1, p. 14-26, 2024.

WARBURTON, D. E. R. et al. Health benefits of physical activity: the evidence. *Canadian Medical Association Journal*, v. 174, n. 6, p. 801-809, 2006.

WEN, C. P. et al. Minimum amount of physical activity for reduced mortality and extended life expectancy: a prospective cohort study. *The Lancet*, v. 378, n. 9798, p. 1244-1253, 2011.

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

ZELKO, A. et al. The role of physical activity in the prevention and treatment of chronic diseases. *Journal of Clinical Medicine*, v. 10, n. 11, p. 2351, 2021.

POSFÁCIO

Ao chegarmos ao término desta obra, torna-se evidente que a proposta de um Novo Paradigma da Assistência Médica não é apenas uma aspiração teórica, mas uma necessidade premente e inadiável. Ao longo dos doze capítulos que compõem este livro, percorremos um caminho que se iniciou nos fundamentos legais e éticos da integralidade no Sistema Único de Saúde e culminou na aplicação prática da fisiologia do exercício e do manejo da dor. Este percurso não foi aleatório; ele reflete a própria jornada do paciente dentro de um sistema de saúde que, para ser efetivo, precisa ser contínuo, articulado e, acima de tudo, humano.

A tese central que sustenta cada página aqui escrita é a de que a medicina do século XXI não pode mais se dar ao luxo de ser fragmentada. O modelo biomédico tradicional, embora tenha nos proporcionado avanços diagnósticos e terapêuticos sem precedentes, mostrou-se insuficiente para lidar com a complexidade das doenças crônicas e com o desafio da longevidade com qualidade de vida. A superação desse modelo exige que o médico assuma um novo papel: o de gestor da funcionalidade. Prescrever a cura de uma patologia é apenas o primeiro passo; o objetivo final deve ser sempre a restauração da autonomia e a reinserção plena do indivíduo em seu contexto social.

A integração entre a Atenção Primária e a Reabilitação, discutida exaustivamente nesta obra, é o elo que faltava para que o princípio da integralidade deixe de ser um conceito abstrato e se torne uma realidade clínica. Vimos que o manejo da dor crônica, a prescrição médica do exercício e a estratificação de risco funcional são ferramentas tão vitais quanto qualquer intervenção farmacológica de ponta. Ao tratar o exercício como um fármaco e a funcionalidade como um indicador vital, elevamos o padrão da assistência médica e oferecemos aos nossos pacientes um horizonte de esperança que vai muito além da simples sobrevivência.

Este livro é, portanto, um chamado à ação para médicos, residentes e estudantes de medicina. O paradigma aqui proposto exige uma mudança de mentalidade: é preciso olhar para além do sintoma e enxergar o potencial de recuperação de cada sujeito. A reabilitação integral não é uma especialidade isolada, mas uma filosofia de cuidado que deve permear todas as áreas da medicina. Esperamos que os conhecimentos aqui compartilhados sirvam de alicerce para uma prática clínica mais resolutiva, empática e comprometida com a dignidade humana.

O futuro da assistência médica no Brasil depende da nossa capacidade de integrar saberes e de colocar o paciente no centro de todas as nossas decisões. Que este "Novo Paradigma" seja o norteador de uma nova era na saúde brasileira, onde a integralidade e a reabilitação caminhem lado a lado na construção de uma sociedade mais saudável, ativa e autônoma.

Os Autores

REALIZAÇÃO:

Aurum
EDITORA

CNPJ: 589029480001-12
contato@aurumeditora.com
(41) 98792-9544
Curitiba - Paraná
www.aurumeditora.com