



Ana Paula Muraro
Rita Adriana Gomes de Souza
(Orgs.)

Panorama da Saúde Coletiva em Mato Grosso:

*Condições de Vida,
Comportamentos e Saúde*



Pedro & João
editores

Panorama da Saúde Coletiva em Mato Grosso: Condições de Vida, Comportamentos e Saúde



Produção



**Instituto de
Saúde Coletiva**
ISC

Financiamento



**UNIVERSIDADE FEDERAL
DE MATO GROSSO**

Apoio ao pesquisador
(Edital nº 03/Propeq/2024 – Produtividade Técnico-científica)

**Ana Paula Muraro
Rita Adriana Gomes de Souza
(Organizadoras)**

**Panorama da Saúde Coletiva em Mato Grosso:
Condições de Vida, Comportamentos e Saúde**



Copyright © Autoras e autores

Todos os direitos garantidos. Qualquer parte desta obra pode ser reproduzida, transmitida ou arquivada desde que levados em conta os direitos das autoras e dos autores.

Ana Paula Muraro; Rita Adriana Gomes de Souza [Orgs.]

Panorama da Saúde Coletiva em Mato Grosso: Condições de Vida, Comportamentos e Saúde. São Carlos: Pedro & João Editores, 2025. 318p. 16 x 23 cm.

ISBN: 978-65-265-2084-0 [Digital]

DOI: 10.51795/9786526520840

1. Saúde Coletiva. 2. Condições de vida. 3. Desigualdades sociais. 4. Grupos populacionais. I. Título.

CDD – 610

Capa: Luidi Belga Ignacio

Ficha Catalográfica: Hélio Márcio Pajeú – CRB - 8-8828

Revisão: Zaira Mahmud

Diagramação: Diany Akiko Lee

Editores: Pedro Amaro de Moura Brito & João Rodrigo de Moura Brito

Conselho Editorial da Pedro & João Editores:

Augusto Ponzio (Bari/Itália); João Wanderley Geraldi (Unicamp/Brasil); Hélio Márcio Pajeú (UFPE/Brasil); Maria Isabel de Moura (UFSCar/Brasil); Maria da Piedade Resende da Costa (UFSCar/Brasil); Valdemir Miotello (UFSCar/Brasil); Ana Cláudia Bortolozzi (UNESP/Bauru/Brasil); Mariangela Lima de Almeida (UFES/Brasil); José Kuiava (UNIOESTE/Brasil); Marisol Barenco de Mello (UFF/Brasil); Camila Caracelli Scherma (UFFS/Brasil); Luís Fernando Soares Zuin (USP/Brasil); Ana Patrícia da Silva (UERJ/Brasil).



Pedro & João Editores

www.pedroejoaoeditores.com.br

13568-878 – São Carlos – SP

2025

Prefácio

Edna Massae Yokoo

Departamento de Epidemiologia e Bioestatística da
Universidade Federal Fluminense

Recebi como um desafio o convite das organizadoras para escrever a abertura da coletânea “Panorama da Saúde Coletiva em Mato Grosso: Condições de Vida, Comportamentos e Saúde”, composta por relatos de projetos de pesquisa e experiências dos docentes, alunos(as) de graduação e pós-graduação do Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), com a participação de técnicos(as) dos serviços de saúde do município e do estado e de colegas de outras Instituições de Ensino do País. Principalmente, foi um desafio afetivo, pois fiz minha graduação na UFMT, fui docente da mesma Instituição, e como tal, participei da criação do ISC e do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (PPGSC/UFMT). Mantenho até hoje amizades de muitas décadas, forjadas na jornada de luta pela Saúde Coletiva, tanto na universidade como nos serviços de saúde, e, principalmente, para a consolidação do SUS. Atualmente, acrescento a admiração por essa nova geração de colegas, que com grande empenho, vem demonstrando capacidade de implantar e consolidar o Curso de Graduação em Saúde Coletiva e de ampliar o PPGSC, contribuindo de forma importante para a pesquisa e a capacitação de recursos humanos no estado do Mato Grosso. Esta coletânea reflete esse esforço acadêmico e o compromisso social, que sempre foram a marca do ISC.

A Saúde Coletiva tem um importante reconhecimento no campo acadêmico, da ciência, dos serviços de saúde, como também da população, principalmente após a recente pandemia da Covid-19. Nesta área, os dados e estudos epidemiológicos, caracterizados pela transversalidade entres outras áreas e disciplinas, apresentam

os fatores individuais, sociais, econômicos, ambientais e políticos que determinam a saúde-doença na população. Este livro é subdividido em três partes: a primeira enfocando as desigualdades, vulnerabilidades e acesso à saúde em Mato Grosso; a segunda sobre a saúde da população idosa e a terceira aborda a saúde de adolescentes e jovens. Todos os capítulos trazem informações e análise da situação de saúde no estado de Mato Grosso, espaço territorial ambiental com três diferentes ecossistemas (cerrado, pantanal e floresta) e que, com a expansão do agronegócio, experimenta crescimento econômico e populacional, com a criação de novos municípios, porém também com impacto na organização socioeconômica e ambiental da população e do território. Temos, por ex.: o deslocamento dos pequenos agricultores, que venderam suas terras, para a periferia da área urbana; o desmatamento, o uso de agrotóxicos, e o consequente aumento de demanda de serviços de saúde.

Portanto, estes trabalhos acadêmicos abordam temáticas contemporâneas e importantes da Saúde Coletiva com as peculiaridades atuais do estado de Mato Grosso, como o impacto da desigualdade no consumo e insegurança alimentar da população, ressaltando a questão da migração internacional neste contexto. Enfoca, também, a questão de desigualdade de gênero com a violência contra mulheres, crianças e adolescentes, e o acesso aos serviços de saúde. Outra abordagem é o envelhecimento populacional, com suas características e demandas de saúde e sociais; e, por fim, os aspectos relacionados aos comportamentos e saúde mental de crianças e adolescentes impactados pelas mudanças tecnológicas e sociais.

Esta coletânea, além de apresentar alguns dos temas de pesquisa do corpo docente e discente do ISC e do PPGSC da UFMT, também ressalta os diferentes enfoques metodológicos, como os inquéritos populacionais e, principalmente, o uso de dados secundários disponibilizados no País, incrementados com a estratégia de relacionamento de bancos e análise de diferentes grupos populacionais. O uso de bancos de dados secundários,

principalmente os mais consolidados e com rotina de alimentação de informações é, atualmente, uma relevante estratégia da área de epidemiologia para a análise de dados e subsidiar políticas de saúde, considerando a qualidade dos bancos e a limitação de recursos para a área acadêmica e de pesquisas.

Recomendo a leitura para docentes, discentes, profissionais de saúde que tenham interesse em Saúde Coletiva e nas temáticas abordadas, mas também na situação de saúde expressa por este livro no território que encerra uma realidade socioambiental complexa, como no estado de Mato Grosso.

Apresentação

É com grande satisfação que apresentamos esta coletânea intitulada “*Panorama da Saúde Coletiva em Mato Grosso: Condições de Vida, Comportamentos e Saúde*”, composta por capítulos que resultam de projetos de pesquisa desenvolvidos no âmbito do Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), em articulação com outros cursos de graduação e programas de pós-graduação do país. Os trabalhos aqui reunidos expressam o compromisso coletivo com a produção de conhecimento crítico, situado e voltado para os desafios concretos do campo da Saúde Coletiva. A coletânea é fruto de uma produção acadêmica plural, que inclui contribuições de estudantes da graduação, do mestrado e do doutorado em Saúde Coletiva, bem como de docentes e pesquisadores(as) parceiros(as) de diversos cursos da UFMT e de outras instituições.

Ao longo de sua trajetória, o ISC tem se consolidado como um espaço de formação interdisciplinar, ética e tecnicamente qualificada, voltado para a defesa do Sistema Único de Saúde (SUS) e o fortalecimento do campo da Saúde Coletiva no Brasil. Os capítulos reunidos neste *e-book* refletem a diversidade temática, metodológica e territorial que caracteriza a produção em Saúde Coletiva, evidenciando o compromisso com a equidade, a justiça social e a transformação das realidades locais e regionais. Esta publicação é, também, uma celebração do potencial transformador da pesquisa acadêmica quando orientada pelas demandas sociais e construída de forma colaborativa.

O *e-book* está estruturado em três eixos temáticos que dialogam com questões centrais da saúde pública contemporânea:

Parte I – Desigualdades, vulnerabilidades e acesso à saúde em Mato Grosso

Parte II – Saúde da população Idosa

Parte III – Saúde de adolescentes e jovens

A primeira parte reúne estudos que abordam o contexto social da saúde, com ênfase em desigualdades, insegurança alimentar, violência e acesso a serviços. Os capítulos revelam uma maior proporção de insegurança alimentar em domicílios com crianças pequenas, especialmente na presença de baixa escolaridade e renda; evidenciam uma elevada prevalência de insegurança alimentar durante o primeiro ano da pandemia de Covid-19; e chamam atenção para vulnerabilidades específicas vivenciadas por populações migrantes e mulheres vítimas de violência. Também são analisados aspectos relacionados à cobertura vacinal da poliomielite e à utilização dos serviços de saúde em Mato Grosso, destacando desigualdades no acesso e na qualidade da atenção no estado. Ainda nessa parte, estudo sobre os casos de sífilis congênita em Cuiabá mostrou que, nos dez anos analisados, a taxa de incidência diminuiu, porém, permaneceu superior às do Brasil e a meta estabelecida pela OMS, com apenas metade das gestantes com diagnóstico recebido durante o pré-natal.

A segunda parte traz uma série de análises sobre o envelhecimento em Mato Grosso, com base em inquéritos populacionais recentes. Temas como saúde bucal, atividade física, alimentação saudável, violência, quedas e arranjos domiciliares são discutidos a partir de uma perspectiva interseccional e territorializada. Os estudos apontam desigualdades de gênero no envelhecimento ativo, baixa prática de atividade física de lazer e precárias condições de saúde bucal entre idosos. Além disso, destacam-se a crescente proporção de idosos vivendo sozinhos, a prevalência de quedas e a exposição à violência, especialmente entre mulheres, pessoas não brancas e com baixa renda. Esses resultados indicam a necessidade de ações intersetoriais que ampliem o cuidado e promovam o envelhecimento digno e saudável.

Já a terceira parte enfoca questões emergentes como o uso de dispositivos eletrônicos para fumar e as formas de violência vivenciadas por crianças e adolescentes em Mato Grosso. Os dados evidenciam a elevada prevalência de experimentação de cigarros eletrônicos entre adolescentes, associada a comportamentos de

risco e a um contexto de vulnerabilidade social. Também revelam a gravidade e persistência da violência física e sexual contra crianças e adolescentes, predominantemente no ambiente doméstico, além da presença significativa de transtornos psiquiátricos menores entre estudantes da rede pública. Os achados reforçam a urgência de estratégias de prevenção e cuidado em saúde mental e proteção social voltadas à população jovem.

Esperamos que esta coletânea contribua para o fortalecimento da produção acadêmica no campo da Saúde Coletiva e para o enfrentamento dos desafios em saúde no estado de Mato Grosso. Que os trabalhos aqui reunidos sirvam como subsídio para pesquisadores(as), gestores(as), profissionais e estudantes comprometidos(as) com a defesa do SUS e da vida.

Desejamos que este livro não apenas circule entre os muros da universidade, mas que seja, sobretudo, uma ferramenta de apoio à formulação de políticas, ao planejamento de ações em saúde e à qualificação da prática profissional no estado. Que oriente decisões, promova reflexões e fortaleça o compromisso com uma saúde pública equânime, integral e de qualidade para todos(as).

Boa leitura!

Ana Paula Muraro
Rita Adriana Gomes de Souza
Organizadoras

SUMÁRIO

Parte I

Desigualdades, vulnerabilidades e acesso à saúde em Mato Grosso

Capítulo 1: Insegurança alimentar em Mato Grosso durante a pandemia da Covid-19: estudo de base populacional 19

Izabela Alves Santos

Rita Adriana Gomes de Souza

Ana Paula Muraro

Bárbara da Silva Nalin de Souza

Capítulo 2: Disponibilidade de alimentos em domicílios em Mato Grosso, segundo a presença de crianças 31

Társila Tamires Querobim Souza

Paulo Rogério Melo Rodrigues

Naiara Ferraz Moreira

Ana Paula Muraro

Capítulo 3: Consumo de marcadores saudáveis e não saudáveis por crianças filhos de haitianos em Mato Grosso 47

Luciana Sales Purcino

Maria Angela Conceição Martins

Ana Paula Muraro

Capítulo 4: Perfil epidemiológico dos óbitos de mulheres vítimas de violências no estado de Mato Grosso, 2012 a 2021 73

Gabriella da Silva Souza Lopes

Franciele Silvia de Carlo

Ligia Regina de Oliveira

Francine Nesello Melanda

Capítulo 5: Sífilis congênita em Cuiabá-Mato Grosso: Análise dos casos notificados, 2014 a 2023	87
--	-----------

Márcia Cristina Garcia
Ligia Regina de Oliveira

Capítulo 6: Cobertura vacinal da poliomielite no Brasil e em Mato Grosso no período de 2016 a 2022	105
---	------------

Renata Vitoria Aparecida Santos
Noemi Dreyer Galvão
Flávio de Macêdo Evangelista
Rita Adriana Gomes de Souza

Capítulo 7: Utilização de serviços de saúde no Brasil e em Mato Grosso: Pesquisa Nacional de Saúde, 2019	127
---	------------

Jane Alves Lopes de Oliveira Cruz
Elyana Teixeira Sousa
Yana Balduino de Araújo
Rita Adriana Gomes de Souza

Parte II

Saúde da população idosa

Capítulo 8: Envelhecimento ativo em Mato Grosso segundo sexo: Pesquisa Nacional de Saúde, 2019	157
---	------------

Jucimara Alves de Pontes Farias
Alba Regina Silva Medeiros
Amanda Cristina de Souza Andrade
Reni Aparecida Barsaglini
Leila Auxiliadora José de Sant'Ana
Neuciani Ferreira da Silva Sousa

Capítulo 9: Idosos morando sozinhos em Mato Grosso: uma evolução temporal a partir do inquérito VIGITEL 173

Thalia Eloisa Pereira Sousa Dourado

Amanda Cristina de Souza Andrade

Ana Paulo Muraro

Paulo Rogério Melo Rodrigues

Capítulo 10: Prática de atividade física no lazer em idosos do Estado de Mato Grosso: Pesquisa Nacional de Saúde, 2019 189

Jackeline Corrêa França de Arruda Bodnar Massad

Emanuelly Amandha Souza de Sá

Amanda Silva Magalhães

Neuza Cristina Gomes da Costa

Noemi Dreyer Galvão

Tânia Maria do Rosário

Amanda Cristina de Souza Andrade

Capítulo 11: Quedas entre pessoas idosas de Mato Grosso: prevalência e perfil sociodemográfico 207

Loreth Ferreira de Souza

Karina Simone de Souza Vasconcelos

Bruno de Souza Moreira

Silvano Macedo Galvão

Rita Adriana Gomes de Souza

Neuciani Ferreira da Silva Sousa

Amanda Cristina de Souza Andrade

Capítulo 12: Prevalência de exposição à violência entre idosos – Mato Grosso, 2019 223

Ligia Regina de Oliveira

Emanuelly Amandha Souza de Sá

Jackeline Corrêa França de Arruda Bodnar Massad

Neuciani Ferreira da Silva Sousa

Amanda Cristina de Souza Andrade

Capítulo 13: Condições de saúde bucal da população idosa de Mato Grosso: Pesquisa Nacional de Saúde 2019 241

Ilma Leite da Costa

Alba Regina Silva Medeiros

Yana Balduino de Araújo

Elisete Duarte

Nereide Lúcia Martinelli

Neuciani Ferreira da Silva Sousa

Capítulo 14: Marcadores de alimentação saudável segundo variáveis sociodemográficas na população idosa de Mato Grosso: Pesquisa Nacional de Saúde, 2019 257

Suelene Aparecida Lopes

Bárbara da Silva Nalin de Souza

Lhaís de Paula Barbosa Medina

Alane Andrea Souza Costa

Celma Lucia Rocha Alves Ferreira

Neuciani Ferreira da Silva Sousa

Parte III
Saúde de Adolescentes e Jovens

Capítulo 15: Experimentação e uso de cigarros eletrônicos por adolescentes escolares mato-grossenses: prevalência e fatores associados 275

Ana Paula Muraro

Paulo Rogério Melo Rodrigues

Naiara Ferraz Moreira

Capítulo 16: Violência contra crianças e adolescentes em Mato Grosso, 2013 a 2019 291

Silvana Maria da Silva

Amanda Cristina Souza Andrade

Emanuelly Amanda Souza de Sá

Ligia Regina de Oliveira

Capítulo 17: Prevalência de transtornos psiquiátricos menores e fatores associados entre estudantes adolescentes em Cuiabá (MT)	305
Luciana Cristina Ghisi	
Juliana Ilídio da Silva	
Amanda Cristina de Souza Andrade	
Delma Perpétua Oliveira de Souza (in memoriam)	
Sobre as autoras e os autores	323

Parte I

Desigualdades, vulnerabilidades e acesso à saúde em Mato Grosso

Capítulo 1

Insegurança alimentar em Mato Grosso durante a pandemia da Covid-19: estudo de base populacional

Izabela Alves Santos

Rita Adriana Gomes de Souza

Ana Paula Muraro

Bárbara da Silva Nalin de Souza

Introdução

Com a pandemia de Covid-19, os estados brasileiros adotaram medidas de distanciamento social, que consistiram no fechamento de diversos estabelecimentos de comércio, escolas, locais de trabalho presenciais, bem como o cancelamento de eventos. Mesmo sendo de extrema necessidade, estas medidas também trouxeram impactos negativos financeiros na população brasileira (Aquino *et al.*, 2020).

Anteriormente à pandemia, já era notada a piora da fome no Brasil, como foi mostrado nos resultados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) de 2017-2018, que aponta que o Brasil voltou aos níveis de 2004, com o aumento correspondente da insegurança alimentar (IA), sobretudo a IA grave, que indica ocorrência de fome (Salles-Costa *et al.*, 2020).

Devido a pandemia, segundo o Inquérito Nacional realizado pela Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar (Rede PENSSAN), em dezembro de 2020 com 2.180 domicílios em todas as regiões do país, mais da metade da população brasileira estava em insegurança alimentar, com aproximadamente 19 milhões de pessoas na forma grave (9%), ou seja, passando fome, sendo 6,9% na Região Centro-Oeste. Maior proporção de IA grave foi observada entre aqueles cujo

responsável pelo domicílio tinha entre 50 e 64 anos, sem escolaridade/fundamental incompleto, raça/cor da pele preta ou parda, desempregado e que afirmou que algum membro da família perdeu seu emprego durante a pandemia. Verificou-se um aumento de 27,6% se comparado a 2018 (VIGISAN, 2021). Fica claro, então, que a restrição social tem consequências consideráveis para a qualidade de vida e saúde da população (Almeida *et al.*, 2020).

O presente estudo tem, como objetivo, analisar a IA durante a pandemia de Covid-19, a partir dos dados do inquérito de base populacional realizado em Mato Grosso, em 2020.

Métodos

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e analítico, com delineamento transversal, baseado em dados coletados do inquérito soroepidemiológico de base populacional, realizado entre setembro e outubro de 2020, em Mato Grosso, como também do seguimento da subamostra por entrevistas telefônicas em julho de 2021, para o mapeamento e o conhecimento da real dimensão de contágio do vírus da Covid-19 no estado (Oliveira *et al.*, 2022).

O inquérito da linha de base foi realizado em 10 municípios polos das macrorregiões socioeconômicas do estado: Cuiabá, Várzea Grande, Cáceres, Rondonópolis, Barra do Garças, Tangará da Serra, Alta Floresta, Água Boa, Juína e Sinop. Estas regiões configuram-se como centros polarizadores, em função da estrutura urbana e intensidade dos fluxos nas redes existentes.

Foi utilizado o procedimento de amostragem por conglomerado em três estágios: setor censitário (selecionado com probabilidade proporcional ao número de domicílios permanentes conforme dados censo 2010); domicílio (selecionado a partir de uma amostragem sistemática); e morador com mais de 18 anos (um morador selecionado de forma aleatória).

O cálculo amostral foi realizado com base na estimativa populacional de 2019 para os 10 municípios selecionados, considerando nível de confiança de 95%, efeito de desenho igual a

1,5, prevalência de 3% e precisão de 0,65%. O tamanho da amostra foi calculado com a ferramenta OpenEpi (<http://www.OpenEpi.com>). A amostra foi estimada em 4.530 indivíduos, distribuídos, proporcionalmente, de acordo com porte populacional dos municípios (25.000 a 65.000 hab.; 65.000 a 150.000 hab.; 150.000 a 300.000 hab.; >300.000 hab.) e 4.724 visitas realizadas, sendo coletadas 4.306 amostras de sangue. No entanto, foram descartadas 40 entrevistas com resultado do teste inconclusivos e 60 questionários sem informação de setor censitário ou idade, variáveis necessárias para cálculo do peso amostral, totalizando 4.206 entrevistas (92,8% da amostra estimada) com coleta de amostra de sangue e 2,3% de perda (Oliveira *et al.*, 2022).

A percepção de IA foi avaliada pela pergunta: “Desde o início da Pandemia da Covid-19, houve algum momento em que os alimentos acabaram na sua casa e vocês não tinham dinheiro para comprar mais?”, com opções de resposta “sim” e “não”. A resposta positiva foi considerada como indicador de IA.

As variáveis sociodemográficas e econômicas consideradas foram: sexo, faixa etária (18 a 29, 30 a 49, 50 a 59, 60 e mais), raça/cor da pele (branca, parda, preta, amarela e indígena), escolaridade (sem instrução, fundamental incompleto, fundamental completo), se possui plano de saúde (sim, não), se recebe auxílio ou benefício (sim, não) e impacto na renda familiar (não houve impacto, impacto pequeno, impacto moderado, impacto grande).

Foram estimadas frequências relativas das variáveis desfecho e independentes. Também foram estimadas as prevalências da variável desfecho segundo as variáveis independentes, por meio da regressão de Poisson, com nível de significância de 0,05, utilizando-se o *software* Stata versão 16, considerando o desenho complexo da amostra. Gráfico foi elaborado por meio do *software* Excel®.

Foram respeitados todos os aspectos éticos em pesquisa, de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). O projeto de pesquisa intitulado “Monitoramento da Covid-19 em Mato Grosso” foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado de Mato Grosso (Parecer nº

3.986.293/2020). Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) na linha de base e receberam também os termos por via digital na fase de entrevistas telefônicas.

Resultados

Dos 4.206 indivíduos analisados, 53,7% eram do sexo masculino, 42,5% na faixa etária de 30 a 49 anos e 22,4% idosos. Em relação à cor da pele, 55,6% se autodeclararam pardos; 42,0% afirmaram possuir ensino fundamental incompleto e 41,1% não possuem instrução; 76,9% afirmaram não possuir plano de saúde e 66,9% afirmaram receber auxílio ou benefício. Dentre os participantes, 59,5% afirmaram que a pandemia impactou na renda familiar, sendo 23,1% com grande impacto (Tabela 1).

Tabela 1– Prevalência da percepção da insegurança alimentar, segundo características sociodemográficas e econômicas. Mato Grosso, 2020.

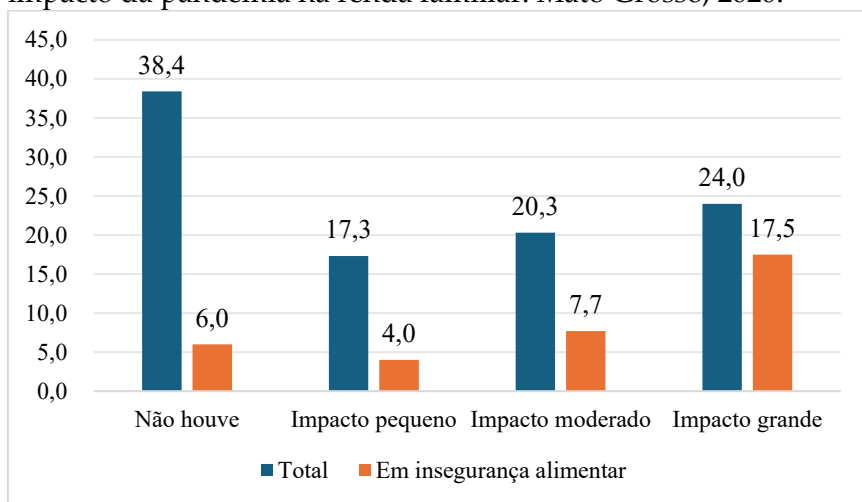
Variáveis	% ponderado	IC95%*	Percepção de insegurança alimentar		p-valor
			%	IC95%*	
			8,7	(7,0; 10,7)	
Sexo (n=4.186)					0,953
Feminino	46,2	42,3;50,1	8,6	6,5;11,4	
Masculino	53,7	49,8;57,6	8,7	6,2;12,0	
Faixa etária (n=4.181)					0,036
18 – 29 anos	17,5	14,6; 20,8	6,6	3,9;11,0	
30 – 49 anos	42,5	38,3; 46,8	11,1	8,3;15,1	
50 – 59 anos	17,7	14,7; 21,0	8,7	5,3;14,1	
60 e mais	22,4	19,2; 25,8	5,1	3,5;7,4	
Raça/cor da pele (n=4.048)					0,001
Branca	33,7	29,8; 37,7	4,5	3,0;6,6	
Parda	55,6	52,5; 58,6	10,6	8,1;13,8	
Preta	10,7	8,7; 13,1	12,1	7,4;19,0	
Escolaridade (n=4.099)					<0,001
Sem instrução	41,1	37,0;45,4	11,0	8,2;14,4	
Fundamental incompleto	42,0	38,7;45,5	8,8	6,3;12,1	
Fundamental completo	16,9	14,0;20,2	1,7	1,1;2,8	
Plano de saúde (n=4.204)					0,079
Sim	23,1	19,4; 27,2	5,7	3,2;9,9	
Não	76,9	72,7; 80,6	9,5	7,6;11,8	
Recebe auxílios ou benefícios (n=4.206)					<0,001
Sim	66,9	62,1; 71,3	10,7	8,4;13,6	
Não	33,1	28,7; 37,9	4,3	2,7;7,0	

*Intervalo de 95% de confiança.

Em relação à percepção da IA, 8,7% (7,0;10,7) afirmaram que os alimentos ou o dinheiro para comprar os alimentos acabaram durante a pandemia. Destes, maior prevalência de IA percebida foi verificada nos domicílios dos respondentes da faixa etária de 30-49 anos, com 11,1% (p-valor=0,036), pretos, com 12,1% (p-valor=0,001), sem instrução, com 11% (p-valor=<0,001) e que afirmaram receber auxílio ou benefício, com 10,7% (p-valor=<0,001) (Tabela 1).

Do total de participantes, 38,4% não sofreram impacto da pandemia na renda familiar. No entanto, dentre aqueles que afirmaram que os alimentos ou o dinheiro para comprar os alimentos acabou durante a pandemia, impacto grande da pandemia foi verificado em 17,5% (p<0,001) (Figura 1).

Figura 1 - Percepção da insegurança alimentar (%) segundo impacto da pandemia na renda familiar. Mato Grosso, 2020.



Discussão

Em Mato Grosso, entre setembro e outubro de 2020, em aproximadamente 9% da amostra estudada verificou-se percepção de IA, particularmente em domicílios cujo responsável era adulto, pardo, com ensino fundamental incompleto e sem instrução, que

recebia auxílio ou benefício e com grande impacto na renda familiar durante a pandemia.

Segundo a Vigilância da Segurança Alimentar e Nutricional - VIGISAN, no final do ano de 2020, verificou-se prevalência de 55,2% de IA, sendo 34,7% de IA leve, 11,5% de IA moderada e 9,0% de IA grave no país, por meio do uso da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar - EBIA. A Região Centro-Oeste apresentou 53,2% de IA (34,6% leve, 11,7% moderada e 6,9% grave), ficando em terceiro lugar (VIGISAN, 2021). Silva-Neto *et al.* (2023), avaliando a situação na Região Nordeste entre novembro de 2020 e março de 2021, identificaram 71,1% da população estudada com algum grau de IA, sendo que 24,1% estavam em IA moderada ou grave, também pelo uso da EBIA. Esta situação mostrou-se associada ao recebimento de doação de alimentos (RP = 1,14, IC95%: 1,02; 1,27) e ser beneficiário do auxílio emergencial (RP = 1,23, IC95%: 1,01; 1,49). Além disso, destacaram a influência do comportamento de distanciamento social. A prevalência de IA foi maior entre aqueles que relataram cumprir muito pouco as medidas de distanciamento social e entre os que saíam de casa todos os dias.

Nos quatro inquéritos realizados entre maio e junho de 2020, em Bagé, Rio Grande do Sul, Santos *et al.* (2021), usando a versão curta da EBIA, encontraram prevalência de IA de 29,4%, sendo maior entre adultos de 20 a 39 anos e de 40 a 59 anos, pessoas com níveis mais baixos de escolaridade, indivíduos de cor de pele preta ou parda, domicílios com mais moradores e aqueles com crianças menores de 18 anos. Em relação às tendências temporais, observou-se que a IA diminuiu ao longo do tempo, principalmente entre os adultos mais jovens (20-39 anos) e em domicílios com até duas pessoas, passando de 44,8% a 28,4% ($p=0,017$) e de 25,3% a 20,5% ($p=0,020$), respectivamente. No entanto, a queda foi mais pronunciada nos domicílios com dois ou mais trabalhadores. Este resultado pode ser indicativo da adesão às medidas, devido ao recebimento do auxílio emergencial, iniciado em abril de 2020, como uma medida de proteção social para populações vulneráveis. Essa ajuda financeira direta parece ter tido um impacto positivo

direto na segurança alimentar dos domicílios, evitando um aumento significativo na IA durante a pandemia. De modo semelhante, na população de Mato Grosso, por meio de pergunta que buscou identificar dificuldades no acesso aos alimentos durante a pandemia, a prevalência de percepção de IA estava abaixo de 10%, com destaque para domicílios com adultos e pardos. Cabe ressaltar que a pergunta utilizada no presente estudo para caracterizar a IA envolve ausência de alimentos ou dinheiro para comprar alimentos no domicílio, comparável à categoria IA grave, pois mostra os indivíduos que convivem com fome.

Em estudo realizado em duas cidades de Minas Gerais, Mariana e Ouro Preto, utilizou-se um questionário adaptado do Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil - ENANI (2019), com questões sobre a facilidade de adquirir frutas, legumes, verduras e alimentos ultraprocessados nos bairros dos entrevistados. Os resultados revelaram alta prevalência de IA (82%) estando associada, significativamente, com sexo feminino, estado civil casado ou união estável, presença de desemprego, escolaridade de ensino médio, participar de programas sociais, e com a classificação socioeconômica de baixo nível. Apesar da baixa disponibilidade de frutas, hortaliças e refrigerante no domicílio, verificou-se alta disponibilidade de leite, carnes, ovos e biscoito. De acordo com os autores, destaca-se a importância do acesso percebido aos alimentos, incluindo alimentos saudáveis e não saudáveis, na experiência da IA (Santos *et al.*, 2023).

Pesquisa do Fundo das Nações Unidas para a Infância - UNICEF em 2020, mostrou que na pandemia, nos domicílios com crianças ou adolescentes, 31% passaram a consumir maior quantidade de alimentos industrializados (UNICEF, 2021) indo ao encontro dos resultados do ENANI 2019, que verificou fácil acesso à compra de alimentos ultraprocessados para a maioria dos domicílios do Brasil, especialmente biscoitos, em situações de IA (Santos *et al.*, 2023). Tal hábito poderia ser favorecido pelo recebimento de auxílio emergencial, o que explicaria a maior

prevalência de IA entre indivíduos que afirmaram receber auxílio ou benefício em Mato Grosso.

Vale lembrar que a utilização de diferentes instrumentos dificulta a comparação dos resultados encontrados. No entanto, adaptações podem ser fundamentais para viabilizar a realização de estudos populacionais, bem como compreender as especificidades e contribuir para a caracterização da situação de IA vivenciada (Morais; Lopes; Priore, 2020). Dessa forma, mantém-se o monitoramento da prevalência de IA e disponibilidade de alimentos em situação de emergência sanitária, favorecendo a caracterização da população e contribuindo para a adoção de medidas governamentais estratégicas prioritárias para grupos em situação de vulnerabilidade.

Referências

ALMEIDA, W. da S. de; SZWARCOWALD, C. L.; MALTA, D. C.; BARROS, M. B. de A.; SOUZA JÚNIOR, P. R. B. de; AZEVEDO, L. O.; ROMERO, D.; LIMA, M. G.; DAMACENA, G. N.; MACHADO, Í. E.; GOMES, C. S.; PINA, M. de F. de; GRACIE, R.; WERNECK, A. O.; & SILVA, D. R. P. da. Mudanças nas condições socioeconômicas e de saúde dos brasileiros durante a pandemia de Covid-19. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, 23, e200105, 2020.

AQUINO E. M. L.; SILVEIRA I. H.; PESCARINI J. M., *et al.* Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de Covid-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 25, 2423–2446, 2020.

DOS SANTOS, C. C. D.; RODRIGUES, É. C.; CAMARGO, P. P., *et al.* Disponibilidade, acesso percebido e insegurança alimentar em domicílios de escolares de dois municípios de Minas Gerais na pandemia de Covid-19. **Segurança Alimentar e Nutricional**, 30, e023014-e023014, 2023.

MORAIS D. de C.; LOPES S. O.; PRIORE S. E. Indicadores de avaliação da Insegurança Alimentar e Nutricional e fatores associados: revisão sistemática. **Ciência saúde coletiva [Internet]**, 25(7):2687–700, 2020.

OLIVEIRA, E.; TERÇAS-TRETTEL, A.; ANDRADE, A.; MURARO, A.; SANTOS, E.; ESPINOSA, M.; MUSIS, C. Prevalência de anticorpos contra SARS-CoV-2 em Mato Grosso, Brasil: pesquisa de base populacional. **Cad. Saúde Pública**, 38(5):e00093021, 2022.

Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional. "VIGISAN: Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid-19 no Brasil." 2021.

SALLES-COSTA, R.; FERREIRA, A. A.; MATTOS, R. A.; REICHENHEIM, M. E.; PÉREZ-ESCAMILLA, R.; BEM-LIGNANI, J.; *et al.* National trends and disparities in severe food insecurity in Brazil between 2004 and 2018. **Curr Dev Nutr**, 6:nzac034, 2022.

SANTOS, L. P. dos; SCHÄFER, A. A.; MELLER, F. de O.; HARTER, J.; NUNES, B. P.; SILVA, I. C. M. da, *et al.* Tendências e desigualdades na insegurança alimentar durante a pandemia de Covid-19: resultados de quatro inquéritos epidemiológicos seriados. **Cad Saúde Pública [Internet]**, 37(5):e00268520, 2021.

SILVA-NETO, L. G. R.; BUENO, N. B.; SANTOS, T. L. F. dos; QUEIROZ, J. C. de L. S.; FRANCELINO, J. M. A.; PUREZA, I. R. de O. M., *et al.* Avaliação da insegurança alimentar no contexto da Covid-19: associação com o auxílio emergencial e recebimento de doação de alimentos na população em vulnerabilidade social de uma capital do Nordeste do Brasil. **Ciência saúde coletiva [Internet]**, 28(3):721–30, 2023.

UNICEF. Impactos primários e secundários da Covid-19 em crianças e adolescentes. Brasília: UNICEF Brasil, 2021. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/relatorios/impactos-primarios--e-secundarios-da-covid-19-em-criancas-e-adolescentes>.

Capítulo 2

Disponibilidade de alimentos em domicílios em Mato Grosso, segundo a presença de crianças

Társila Tamires Querobim Souza

Paulo Rogério Melo Rodrigues

Naiara Ferraz Moreira

Ana Paula Muraro

Introdução

O ambiente alimentar doméstico tem sido profundamente impactado por transformações sociais, econômicas e culturais, impulsionadas pelos processos de urbanização, industrialização e globalização. Esses processos alteram os padrões de consumo alimentar e o estilo de vida da população, resultando em mudanças significativas na disponibilidade e no perfil dos alimentos presentes nos domicílios (High Level Panel of Experts, 2017; World Health Organization, 2017). No Brasil, um dos efeitos mais marcantes dessas transformações é o aumento progressivo da aquisição de alimentos ultraprocessados e a redução da disponibilidade de alimentos *in natura* e minimamente processados, inclusive em Mato Grosso (Rodrigues *et al.*, 2021).

Essas mudanças tornam-se ainda mais preocupantes diante do cenário de insegurança alimentar, que aumentou no Brasil após o desmonte de diversas políticas e equipamentos públicos de segurança alimentar que, embora tenha reduzido nos últimos anos em virtude do novo governo, os efeitos negativos ainda reverberam (Salles-Costa, 2022). Neste contexto, dados recentes apontam que domicílios com crianças apresentam maior prevalência de insegurança alimentar, sobretudo nas formas leve e moderada, refletindo tanto a fragilidade econômica quanto os desafios

enfrentados pelas famílias na garantia do direito humano à alimentação adequada (Rede PENSSAN, 2022; Brasil, 2020b).

A presença de crianças nos domicílios é um fator que influencia significativamente os padrões de alimentação (Rosenkranz; Dzewaltowski, 2008; Villa *et al.*, 2015). Além disso, estudos indicam que a presença de crianças pode modificar as decisões de compra das famílias, muitas vezes resultando no aumento da oferta e do consumo de alimentos ultraprocessados (Ryan; Holmes; Ensaff, 2022; Parajara *et al.*, 2022).

Nesse contexto, compreender as particularidades regionais do ambiente alimentar domiciliar e os fatores associados à sua configuração, como a insegurança alimentar e a presença de crianças, é fundamental para subsidiar políticas públicas eficazes de promoção da segurança alimentar e nutricional. A Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF), conduzida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), tem se consolidado como uma importante fonte de dados para esse tipo de análise (Brasil, 2020b).

Assim, o presente estudo tem como objetivo avaliar a disponibilidade de marcadores de alimentação saudável e não saudável em domicílios de Mato Grosso, segundo a presença de crianças e o nível de (in)segurança alimentar, e identificar padrões de vulnerabilidade que demandem atenção prioritária das políticas públicas.

Métodos

Trata-se de um estudo transversal que utilizou dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2017-2018, conduzida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). A POF é um inquérito nacional de base domiciliar, com amostragem complexa por conglomerados e representatividade para as unidades da federação, incluindo o estado de Mato Grosso (MT). A coleta de dados foi realizada entre julho de 2017 e julho de 2018, totalizando 57.920 domicílios em todo o país (Brasil, 2020c).

Para este estudo, foram analisadas exclusivamente as informações referentes ao estado de MT, localizado na região Centro-Oeste, com população residente de 3.035.122 habitantes, segundo o Censo de 2010 (IBGE, 2025). Na POF 2017-2018, foram entrevistados 1.872 domicílios de MT, os quais foram categorizados neste estudo em com e sem crianças, em três categorias: a) sem crianças; b) com crianças de 0 a 5 anos; c) com crianças de 6 a 9 anos.

A insegurança alimentar (IA) foi mensurada pela Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA), validada para o contexto brasileiro, que classifica os domicílios em quatro níveis: segurança alimentar, insegurança alimentar leve, moderada e grave (Segall-Corrêa *et al.*, 2004; Kepple; Segall, 2011; IBGE, 2020c). Neste estudo, foram agrupadas as categorias moderada e grave para estimar a prevalência de IA mais severa entre os domicílios mato-grossenses, devido ao pequeno número de observações.

A disponibilidade de alimentos no domicílio foi estimada com base na aquisição registrada ao longo de sete dias consecutivos, conforme declarado por um responsável pelas compras da família (Brasil, 2020b). Foram considerados todos os alimentos destinados ao consumo domiciliar, posteriormente agrupados em marcadores de alimentação saudável e não saudável, segundo suas características nutricionais. Selecionou-se quatro grupos marcadores de alimentação saudável (Frutas, Hortaliças, Leite e Raízes e tubérculos) e quatro não saudáveis (Bebidas com adição de açúcar, *Fast food*, Biscoitos (doces e salgados) e Doces, sobremesas e guloseimas).

As variáveis sociodemográficas analisadas incluíram número de moradores no domicílio, zona urbana ou rural, renda per capita, sexo, faixa etária, escolaridade e raça/cor de pele do chefe do domicílio. As frequências relativas, com respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%), foram descritas segundo a presença de crianças no domicílio e a situação de segurança alimentar.

As análises estatísticas foram realizadas no *software Stata* versão 16.0, considerando os pesos amostrais e o delineamento complexo da pesquisa. A significância estatística foi interpretada

pela não sobreposição dos IC95% e pelo teste do qui-quadrado ajustado para amostras complexas. Este estudo está dispensado de aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa, conforme Resolução nº 738/2024 do Conselho Nacional de Saúde, por utilizar dados secundários, desidentificados e de acesso público.

Resultados

Foram analisados 1.872 domicílios em Mato Grosso, desses, 70,5% (IC95%: 67,5; 73,3) não tinham crianças entre seus membros, 22,4% (IC95%: 19,8; 25,2) tinham crianças de 0 a 5 anos e 7,1% (IC95%: 5,9; 8,5) crianças de 6 a 9 anos.

Domicílios com crianças de 0 a 5 anos apresentaram maior proporção de famílias com 4 ou mais moradores e de baixa renda per capita (até 1 salário mínimo), em comparação aos domicílios sem crianças. Chefe de família jovem (25 a 39 anos) e com menor escolaridade foi mais frequente em domicílios com crianças, especialmente entre os menores de 5 anos. A raça/cor de pele parda ou preta predominou em todos os grupos, com maior frequência entre os domicílios com crianças. Embora a maioria dos domicílios estivesse localizada em áreas urbanas, não houve diferença estatisticamente significativa quanto à localização (urbano/rural) e sexo do chefe de família entre os grupos (Tabela 1).

Apesar de não haver diferença significativa pela sobreposição dos IC95%, destaca-se que a insegurança alimentar leve foi estimada em 28,0% em domicílios com crianças de 0 a 5 anos, 29,2% entre os com crianças de 6 a 9 anos e 19,7% nos domicílios sem crianças. Já a insegurança alimentar moderada e grave mostrou tendência inversa, sendo mais prevalente nos domicílios sem crianças (12,0%) em relação aos com crianças (9,7% e 6,3%, respectivamente) (Figura 1).

Tabela 1 - Distribuição relativa das características socioeconômicas dos domicílios mato-grossenses com e sem crianças. Pesquisa de Orçamentos Familiares, Mato Grosso, 2017-2018.

	Domicílios sem crianças (n=1.319)		Domicílios com crianças de 0 a 5 anos (n= 396)		Domicílios com crianças de 6 a 9 anos (n=157)	
	%	(IC 95%)	%	(IC 95%)	%	(IC 95%)
Número de moradores no domicílio						
≤3	81,6	(77,7; 85,0)	48,3	(43,0; 53,7)	71,5	(68,3; 74,5)
4-5	16,4	(13,1; 20,3)	43,3	(38,4; 48,4)	24,6	(21,8; 27,7)
≥6	2,0	(1,2; 3,1)	8,3	(6,0; 11,4)	3,9	(3,0; 5,0)
<i>p-valor^a</i>			<0,01			
Renda familiar per capita^b						
≤1/4 SM	4,7	(3,103;7,2)	12,3	(9,3; 16,3)	7,1	(5,4; 9,2)
¼ - ½ SM	8,6	(6,6;10,9)	20,3	(16,8; 24,3)	12,1	(10,3; 14,2)
½ – 1 SM	22,2	(19,3; 25,5)	37,6	(32,9; 42,6)	26,9	(24,2; 29,8)
1 - 2 SM	39,7	(36,3; 43,2)	18,5	(14,5; 23,3)	33,2	(30,6; 36,0)
≥ 2 SM	24,7	(20,5; 29,5)	11,3	(7,7; 16,2)	20,6	(17,0; 24,8)
<i>p-valor^a</i>			<0,01			
Faixa etária do chefe de família						
<25 anos	5,3	(3,8; 7,3)	12,0	(8,8; 16,0)	7,3	(5,9; 9,1)
25-39 anos	17,6	(15,1; 20,5)	51,2	(46,3; 56,0)	27,8	(25,1; 30,8)
40-59 anos	44,0	(40,6; 47,4)	31,1	(26,3; 36,2)	40,0	(37,6; 42,5)
≥60	33,1	(29,1; 37,4)	5,8	(3,7; 9,0)	24,8	(21,6; 28,3)
<i>p-valor^a</i>			<0,01			
Sexo do chefe de família						
Masculino	60,4	(56,2; 64,5)	59,9	(53,4; 66,1)	60,3	(56,4; 64,0)
Feminino	39,6	(35,5; 43,8)	40,1	(33,9; 46,6)	39,7	(36,0; 43,6)
<i>p-valor^a</i>			0,09			
Raça/cor de pele do chefe de família						
Branca	34,5	(30,2; 39,1)	27,8	(23,3; 32,8)	32,5	(28,6; 36,6)
Parda/preta	65,0	(60,4; 69,3)	71,6	(66,6; 76,1)	67,0	(62,9; 70,8)
Amarela/indíge na	0,47	(0,2; 1,0)	0,6	(0,2; 1,6)	0,5	(0,8; 1,0)
<i>p-valor^a</i>			0,02			

Continua

Tabela 1 - Distribuição relativa das características socioeconômicas dos domicílios mato-grossenses com e sem crianças. Pesquisa de Orçamentos Familiares, Mato Grosso, 2017-2018.

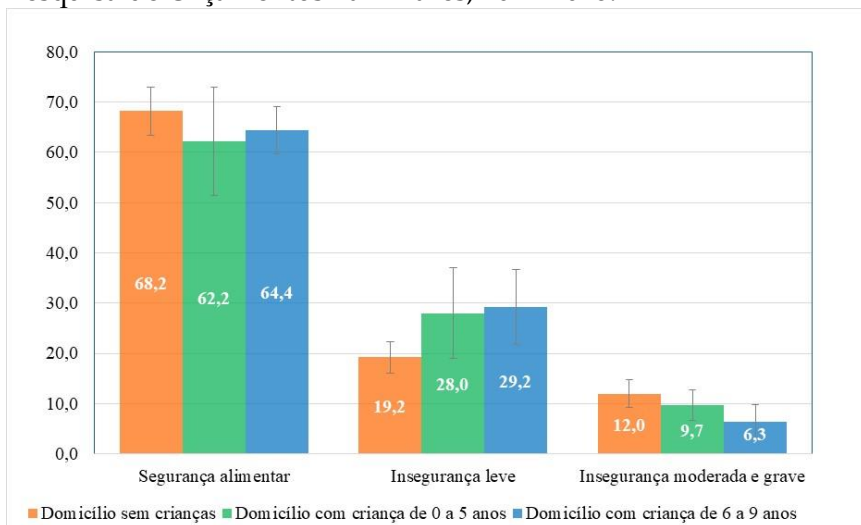
	Domicílios sem crianças (n=1.319)		Domicílios com crianças de 0 a 5 anos (n= 396)		Continuação Domicílios com crianças de 6 a 9 anos (n=157)	
	%	(IC 95%)	%	(IC 95%)	%	(IC 95%)
Nível educacional do chefe de família						
Sem estudo	9,3	(7,5; 11,6)	2,6	(1,4; 4,9)	7,3	(6,0; 8,9)
Ensino fundamental incompleto	40,7	(36,8; 44,7)	32,8	(28,0; 38,1)	38,3	(35,1; 41,6)
Ensino fundamental completo ou ensino médio incompleto	12,5	(10,4; 15,1)	20,3	(16,7; 24,4)	14,9	(12,9; 17,1)
Ensino médio completo ou mais	37,0	(33,1; 40,4)	44,3	(38,4; 50,4)	39,5	(35,8; 43,3)
<i>p-valor^a</i>			<0,01			
Local de moradia						
Urbano	84,9	(79,3; 89,1)	85,0	(78,6; 89,8)	79,2	(70,0; 86,1)
Rural	15,1	(10,8; 20,6)	15,0	(10,2; 21,4)	20,8	(13,9; 30,0)
<i>p-valor^a</i>			0,08			

Abreviaturas: SM, Salário Mínimo; Intervalo de Confiança (IC) de 95%.

^b*p-valor* pelo teste do Qui-quadrado, com significância < 0,05.

^cAs categorias de renda foram definidas de acordo com a renda *per capita* das unidades de consumo e o salário mínimo vigente na época (R\$ 954,00).

Figura 1 - Distribuição dos níveis de Segurança Alimentar em domicílios do Mato Grosso, segundo a presença de crianças. Pesquisa de Orçamentos Familiares, 2017-2018.



A disponibilidade de alimentos marcadores de alimentação saudável (Figura 2) e não saudável (Figura 3) nos domicílios mato-grossenses avaliados se distribuiu de maneira uniforme entre os grupos (sem crianças; com crianças de 0 a 5 anos; com crianças de 6 a 9 anos) para todos os alimentos, independentemente do nível de segurança alimentar. A única exceção encontrada foi para o *Fast food*, que nos domicílios em IA moderada/grave com crianças (de 0 a 5 anos e de 6 a 9 anos) não foram observadas a aquisição desse alimento, que esteve disponível em 2,4% dos domicílios sem crianças.

Figura 2 - Proporção e Intervalo de Confiança de 95% de aquisição de alimentos marcadores de alimentação saudável segundo a presença de crianças e o nível de insegurança alimentar nos domicílios em Mato Grosso, 2017-2018.

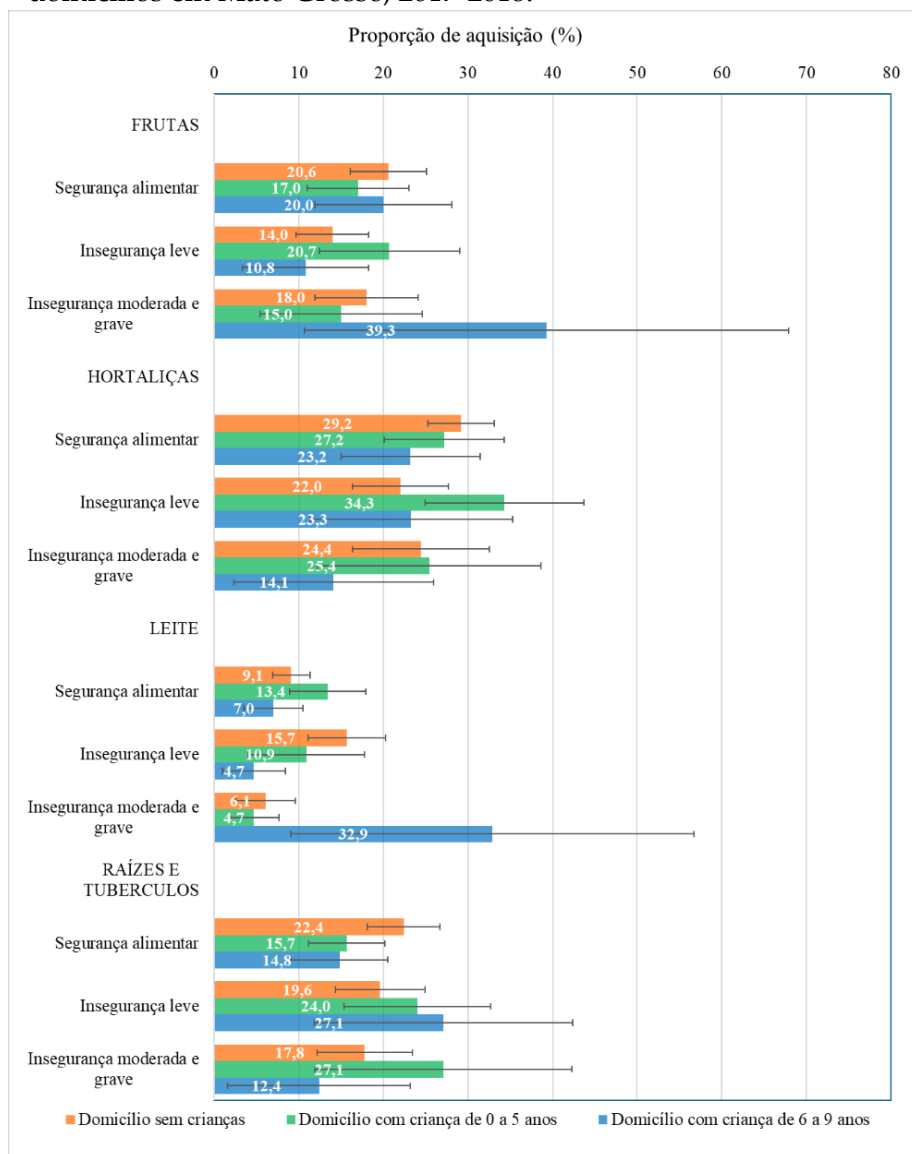
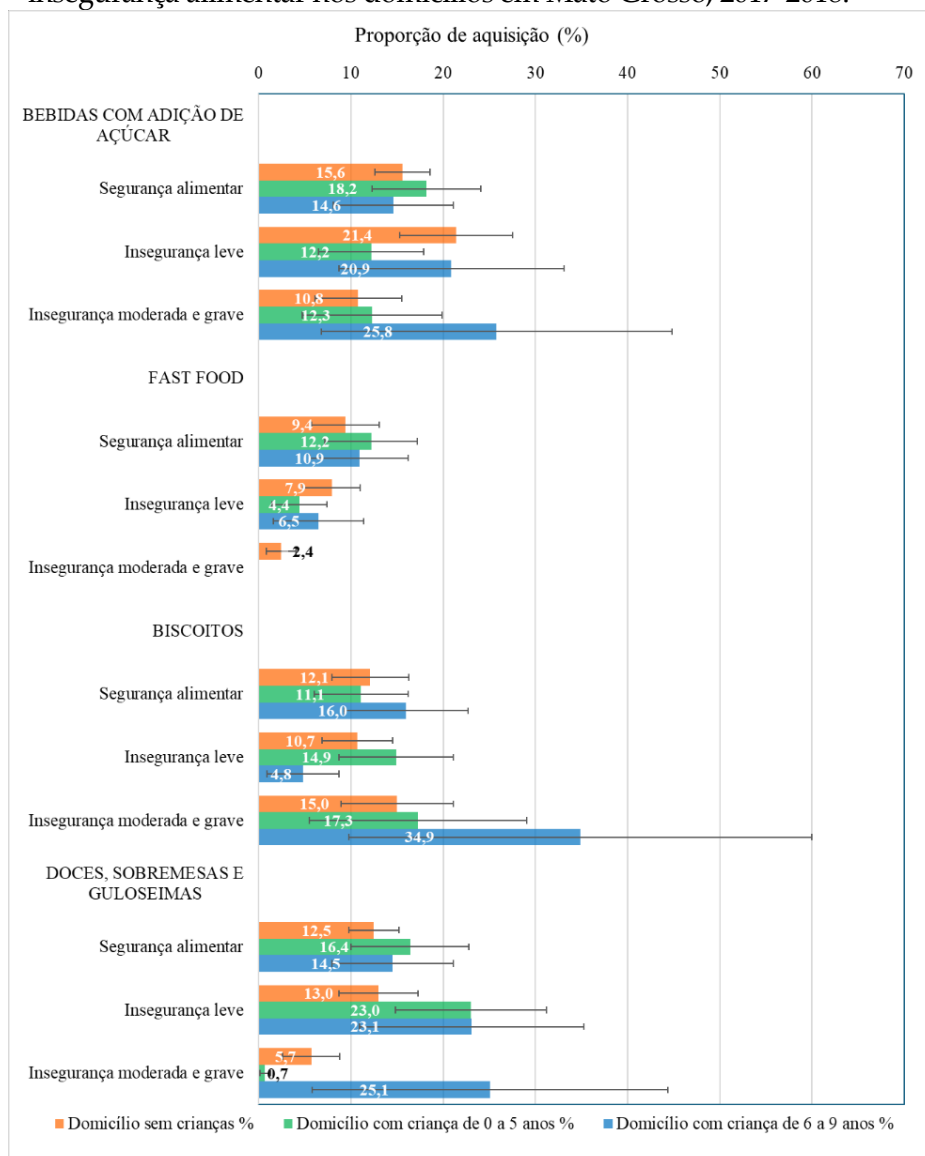


Figura 3 - Proporção de aquisição de alimentos marcadores de alimentação não saudável segundo a presença de crianças e o nível de insegurança alimentar nos domicílios em Mato Grosso, 2017-2018.



Discussão

Em Mato Grosso, por meio dos dados da POF 2017-2018, verificou-se que a realidade dos domicílios difere do encontrado em outros estudos (Valencia-Valero; Ortiz-Hernández, 2014; Souza *et al.*, 2021; Thomson *et al.*, 2024) pois, não houve diferenças significativas quanto a prevalência da insegurança alimentar entre domicílios com e sem crianças, mostrando uma distribuição semelhante da insegurança alimentar. Quanto a disponibilidade de alimentos, observou-se que a presença de crianças, independente da faixa etária (0 a 5 anos ou de 6 a 9 anos) e dos níveis de segurança alimentar, não modificou a disponibilidade da maioria dos grupos de alimentos avaliados (Frutas, Hortaliças, Leite, Raízes e tubérculos, Bebidas com adição de açúcar, Biscoitos, Doces, sobremesas e guloseimas). Excetua-se para *Fast food* nos domicílios em insegurança alimentar moderada e grave, que esteve presente em 2,4% dos domicílios sem crianças, e sem observações para os domicílios com crianças de 0 a 5 anos e de 6 a 9 anos. Esse resultado se opõe àqueles que retratam maior disponibilidade (Soares *et al.*, 2014) e consumo (Thomson *et al.*, 2024) de *fast food* e refeições congeladas nos domicílios com crianças quando comparados aos sem crianças.

Contrário ao encontrado no presente estudo, a presença de crianças no domicílio tende a modificar o ambiente alimentar doméstico, seja pela solicitação e oferta de alimentos ultraprocessados (Soares *et al.*, 2014; Sirasa *et al.*, 2019) ou pelo incentivo ao consumo de alimentos saudáveis durante essa fase da vida (Lively *et al.*, 2017; Yee *et al.*, 2017). Por sua vez, a insegurança alimentar também afeta a disponibilidade de alimentos no domicílio, podendo ocorrer a restrição geral de alimentos – tanto saudáveis quanto não saudáveis – (Global Diet Quality Project, 2024) ou o aumento da disponibilidade de ultraprocessados (Bezerra *et al.*, 2023).

Nos domicílios de Mato Grosso, a presença de crianças em sua composição não representou um marcador de vulnerabilidade para

a insegurança alimentar; ao mesmo tempo que a disponibilidade de alimentos saudáveis e não saudáveis manteve-se semelhante entre os domicílios com e sem crianças, não apresentando diferenças significativas entre a composição familiar. Pode-se inferir que esse resultado decorre da conjuntura regional da amostra estudada, que apresenta suas particularidades.

Na Região Centro-Oeste, a participação de alimentos *in natura* ou minimamente processados e de ingredientes culinários contribuíram com mais de 50% das calorias adquiridas diariamente, e os ultraprocessados com 17,3% (Levy *et al.*, 2022; Brasil, 2020a) em 2017-2018. Também, houve menor proporção de despesas com alimentação no domicílio (62,0% vs. 67,2%) e maior fora do domicílio (38,0% vs. 32,8%) do que a média brasileira nesse mesmo período (Brasil, 2020b). Além disso, dentre as principais despesas com alimentação nessa Região destacaram-se as carnes e os cereais e leguminosas (Brasil, 2020c).

Cabe salientar que o estado de MT é o terceiro maior em extensão do Brasil e se destaca economicamente pelo modelo de agronegócio, com municípios com grandes concentrações de riqueza, porém, contraditoriamente, apresenta também importantes desigualdades socioeconômicas (Alves, 2023). A insegurança alimentar e disponibilidade de alimentos constatados nos domicílios mato-grossenses com e sem crianças podem ser justificadas pela heterogeneidade local, que apresenta diferentes e contrastantes realidades dentro de uma mesma região geográfica.

Sabe-se que o contexto físico, econômico, político e sociocultural influencia a tomada de decisões sobre a aquisição e consumo de alimentos (High Level Panel of Experts, 2017), sendo uma interação complexa e dinâmica (Green; Glanz, 2015). Diversos fatores podem afetar a disponibilidade de alimentos no domicílio, como as condições socioeconômicas, composição familiar, localização do domicílio, nível de segurança alimentar, participação em programas sociais e rede de apoio, tipos de alimentos presentes no território e sua acessibilidade física e

financeira, sazonalidade e frequência de compras (Green; Glanz, 2015; Zorbas *et al.*, 2018; Schott *et al.*, 2020; Bezerra *et al.*, 2023).

Dados sobre a disponibilidade de alimentos no domicílio contribuem no estudo das dimensões da segurança alimentar, especialmente relevante no contexto brasileiro, que é caracterizado por intensas desigualdades sociais e econômicas (Schott *et al.*, 2020). Por isso, a garantia do direito à uma alimentação adequada e saudável pressupõe a articulação de estratégias intersetoriais que visam identificar e atuar sobre a insegurança alimentar e as inequidades alimentares, com intuito de promover ambientes alimentares saudáveis e o pleno acesso à alimentação adequada à população.

Entre os aspectos positivos deste estudo, a utilização de amostra representativa oriunda de inquérito brasileiro permite generalizar os dados para a população mato-grossense. Estudar a insegurança alimentar dentro do recorte da presença de crianças e da disponibilidade de alimentos possibilita a produção de informações em saúde relevantes para o subsídio de políticas públicas. Até onde se sabe, este é o primeiro estudo descritivo representativo da população do MT que explorou essa abordagem, contribuindo com a literatura e com pesquisas da área.

Dentre as limitações deste estudo, destaca-se que a avaliação da disponibilidade de alimentos, obtida por informações autorrelatadas da aquisição de alimentos de uma semana, pode não refletir plenamente a disponibilidade domiciliar de alimentos; porém, apesar de não avaliar a distribuição intrafamiliar dos alimentos e seu efetivo consumo, é um método com grande confiabilidade.

Em conclusão, contrapondo à tendência observada em outros estudos epidemiológicos, em Mato Grosso não foi identificada maior vulnerabilidade da presença de crianças no domicílio quanto à insegurança alimentar e a disponibilidade de alimentos, mostrando a particularidade do estado. As informações contidas no presente estudo revelam desafios importantes para pesquisadores e gestores, podendo subsidiar ações que visem

continuamente a promoção da alimentação adequada e saudável e da segurança alimentar.

Referências

ALVES, M.R. Deficiências nutricionais e iniquidades em municípios do estado de Mato Grosso, Amazônia brasileira: 2007 a 2021. **Rev Pan-Amaz Saúde**, Ananindeua, v. 14, p. 202301453, 2023. DOI: <http://dx.doi.org/10.5123/s2176-6223202301453>.

BEZERRA, M. S. *et al.* Food environments and association with household food insecurity: a systematic review. **Public Health**, v. 235, p. 42-48, 2024. DOI: [doi:10.1016/j.puhe.2024.06.022](https://doi.org/10.1016/j.puhe.2024.06.022).

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2017-2018: Análise do Consumo Alimentar Pessoal no Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE, 2020a.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2017-2018: Análise da segurança alimentar no Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE, 2020b.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2017-2018: Avaliação nutricional da disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE, 2020c.

GLOBAL DIET QUALITY PROJECT. Global Diet Quality Project. 2024. <https://www.dietquality.org>.

GREEN, S. H.; GLANZ, K. Development of the perceived nutrition environment measures survey. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 49, n. 1, p. 50-61, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2015.01.023>

HIGH LEVEL PANEL OF EXPERTS ON FOOD SECURITY AND NUTRITION. **Nutrition and food systems: A report by the High**

Level Panel of Experts on Food Security and Nutrition of the Committee on World Food Security. Rome: HLPE, 2017.

IBGE: **Cidades e Estados** [homepage]. 2025.

KEPPLE, A. W.; SEGALL-CORRÊA, A. Conceituando e medindo segurança alimentar e nutricional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 187-199, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000100022>.

LIVELY, K. *et al.* Mothers' self-reported grocery shopping behaviours with their 2- to 7-year-old children: relationship between feeding practices and mothers' willingness to purchase child-requested nutrient-poor, marketed foods, and fruits and vegetables." **Public health nutrition** v. 20, n. 18, p. 3343-3348, 2017. DOI: [doi:10.1017/S1368980017002142](https://doi.org/10.1017/S1368980017002142).

PARAJARA M. C.; ALVADIA L. H. C.; MEIRELES A. L.; CARDOSO L. O. Ambiente alimentar doméstico. In: MENDES L. L.; PESSOA M. C.; COSTA B. V. L. **Ambiente Alimentar Saúde e Nutrição**. 1ed. São Paulo: Rubio, 2022.

PENSSAN - Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional. **II Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid-19 no Brasil**. São Paulo: Rede PENSSAN, 2022.

RODRIGUES R. M.; SOUZA A. M.; BEZERRA I. N.; PEREIRA R. A.; YOKOO E. M.; SICHIERI R.. Most consumed foods in Brazil: evolution between 2008-2009 and 2017-2018. **Rev Saúde Pública**. 2021; 55: 4s. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055003406>.

ROSENKRANZ, R. R.; DZEWALTOWSKI, D. A. Model of the home food environment pertaining to childhood obesity. **Nutrition Reviews**, Oxford, v. 66, n. 3, p. 123-140, 2008. DOI: [doi:10.1111/j.1753-4887.2008.00017](https://doi.org/10.1111/j.1753-4887.2008.00017).

RYAN, D.; HOLMES M.; ENSAFF H. Adolescents' dietary behaviour: The interplay between home and school food

environments. **Appetite** 2022; 175: 106056. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2022.106056>.

SCHOTT, E. *et al.* Methodologies for assessing the household food availability in the context of food (in) security: a systematic review. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 2677-2685, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020257.29342018>.

SALLES-COSTA, R. Desafios políticos da retomada da fome e da insegurança alimentar no Brasil. In: CAMPELO, T.; BORTOLETTO, A. P. (Org.). **Da fome à fome: diálogos com Josué de Castro**. 1ed. São Paulo: Elefante, 2022, v. 1, p. 84-89.

SEGALL CORRÊA, A. M. *et al.* **Acompanhamento e avaliação da segurança alimentar de famílias brasileiras: validação de metodologia e de instrumento de coleta de informação: urbano/rural. Relatório técnico: versão preliminar**. Brasília (DF): Ministério da Saúde: Organização Pan-Americana da Saúde, 2004.

SIRASA, F. *et al.* Family and community factors shaping the eating behaviour of preschool-aged children in low and middle-income countries: A systematic review of interventions. **Prev Med**, v. 128, p. 105827., 2019. DOI: [doi:10.1016/j.ypmed.2019.105827](https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2019.105827).

SOARES, A. L. G. *et al.* Household food availability in Pelotas, Brazil: an approach to assess the obesogenic environment. **Revista de Nutrição**, v. 27, p. 193-203, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/1415-52732014000200006>

SOUZA, B. F. *et al.* Food insecurity, food expenses and consumption of sugar and soft drinks in households with and without children and/or adolescents. **Rev Nutr.**, v. 34, p. 200127, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1678-9865202134e200127>.

THOMSON, J. *et al.* Differences in Socioeconomic, Dietary Choice, and Nutrition Environment Explanatory Variables for Food and Nutrition Security among Households with and without Children. **Nutrients**. 2024; v. 16, n. 6, p. 883, 2024. DOI: <https://doi.org/10.3390/nu16060883>.

VALENCIA-VALERO, R. G., & ORTIZ-HERNÁNDEZ, L. Disponibilidad de alimentos en los hogares mexicanos de acuerdo con el grado de inseguridad alimentaria. **Salud pública de México**, v. 56, n.2, p. 154-164, 2014. DOI: <https://doi.org/10.21149/spm.v56i2.7331>.

VILLA, J. K. D., SILVA A. R., SANTOS T. S., RIBEIRO A. Q., PESSOA M. C., SANT'ANA L. F. R. Padrões alimentares de crianças e determinantes socioeconômicos, comportamentais e maternos. **Rev Paul Pediatr**. 2015; 33: 302-309. <https://doi.org/10.1016/j.rpped.2015.05.001>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Double-duty actions for nutrition**: policy brief. Geneva: WHO, 2017.

YEE, A. Z. *et al.* The influence of parental practices on child promotive and preventive food consumption behaviors: a systematic review and meta-analysis. **The international journal of behavioral nutrition and physical activity**, v. 14, n.1, p. 47, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12966-017-0501-3>.

ZORBAS C. *et al.* Factors perceived to influence healthy eating: a systematic review and meta-ethnographic synthesis of the literature. **Nutr Ver**, v. 76, n. 12, p. 861-874, 2018. DOI: [doi:10.1093/nutrit/nuy043](https://doi.org/10.1093/nutrit/nuy043).

Capítulo 3

Consumo de marcadores saudáveis e não saudáveis por crianças filhos de haitianos em Mato Grosso

Luciana Sales Purcino

Maria Angela Conceição Martins

Ana Paula Muraro

Introdução

O Haiti é um país que merece destaque no quadro das migrações contemporâneas no Brasil. A partir de 2010, houve uma intensificação dos fluxos migratórios haitianos resultando em um número expressivo de migrantes haitianos em várias cidades do país (Baeninger *et al.*, 2018).

As regiões Sul e Sudeste concentram um maior número de migrantes haitianos; porém, números significativos ocorrem em outros estados, como no Mato Grosso, destacando-se a cidade de Cuiabá, foco do estudo apresentado neste capítulo, a qual passou a ter uma presença relevante de migrantes haitianos, a partir de 2012 (Leão *et al.*, 2017). Entre as mulheres migrantes haitianas, uma maioria de mulheres em idade reprodutiva foi determinante para o aumento de nascimentos de crianças descendentes de haitianos na cidade, produzindo preocupações relativas à saúde materno-infantil deste grupo populacional (Batista *et al.*, 2018).

Um dos assuntos primordiais dentro do escopo da saúde materno-infantil é a alimentação. A alimentação adequada e saudável nos primeiros anos de vida é requisito fundamental para a saúde e para o crescimento e o desenvolvimento infantil em todo o seu potencial. As diferentes formas de má alimentação respondem pela crescente ocorrência em crianças de excesso de peso e pela persistência de desnutrição, anemia e deficiência de

vitamina A. Além disso, a alimentação nesta fase da vida é determinante para a formação dos hábitos alimentares, impactando a saúde na vida adulta, visto que os hábitos adquiridos podem prevenir ou favorecer a ocorrência das doenças crônicas não transmissíveis (Brasil, 2015).

A alimentação adequada e saudável nos primeiros anos de vida começa com o aleitamento materno, alimento ideal por se ajustar às necessidades nutricionais e por fornecer anticorpos e outras substâncias que protegem a criança de doenças comuns nesta fase da vida, como diarreias, infecções respiratórias e otites. A amamentação adequada reduz a mortalidade infantil e reduz o risco de obesidade e diabetes na vida adulta, além de outros benefícios como a melhora do coeficiente de inteligência (Brasil, 2015). A prática da amamentação reduz os riscos de câncer de mama e de ovário, favorecendo, também, a saúde materna. Em adição, a prática da amamentação também tem impacto positivo sobre a economia por reduzir gastos do orçamento familiar e do sistema de saúde pública (Hansen, 2016).

A recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS), adotada pelo Ministério da Saúde do Brasil, define que a amamentação seja iniciada na primeira hora de vida e mantida até 2 anos ou mais, sendo que deve ser exclusiva até o sexto mês de idade, momento no qual deve ser introduzida a alimentação complementar (World Health Organization, 2019). No Brasil, o “Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos” do Ministério da Saúde, apresenta diretrizes para uma alimentação complementar adequada e saudável. Segundo o guia, a alimentação complementar, de modo geral, deve contemplar diversos alimentos de diferentes grupos alimentares; ser baseada em alimentos *in natura* ou minimamente processados; excluir alimentos não recomendados, como açúcar, café e alimentos ultraprocessados; ter consistência adaptada à fase de desenvolvimento, ter frequência adequada e favorecer a formação de hábitos alimentares saudáveis (Brasil, 2019).

Em 2012, a 65ª Assembleia Mundial de Saúde elegeu a amamentação exclusiva como um de seis indicadores-chave da saúde materna e infantil e estabeleceu a meta de aumentar a taxa de aleitamento materno exclusivo nos primeiros 6 meses para pelo menos 50% até 2025 (WHO/ UNICEF, 2014). Uma progressão da meta para 70% foi estabelecida como meta para 2030 (WHO/ UNICEF, 2023).

No Brasil, o Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (ENANI), realizado entre 2019 e 2020, encontrou uma prevalência de amamentação exclusiva nos primeiros 6 meses de 45,8% (Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2021). No Haiti, a prevalência é de 40% (Decelles *et al.*, 2022).

Evidências científicas sugerem diferenças nas prevalências de amamentação entre as mulheres migrantes e as não migrantes e indicam alguns fatores de proteção e de risco para o início e manutenção da amamentação neste grupo populacional.

Denis *et al.* (2019) realizaram uma revisão sistemática e meta-análise para determinar diferenças de taxas de amamentação entre mulheres migrantes e não migrantes de 14 países; encontraram que as mulheres migrantes têm maior probabilidade do que as não migrantes de iniciar a amamentação (parcial ou exclusiva) e de manter a amamentação parcial; mas que para ambas, a manutenção da amamentação exclusiva é um desafio.

Murcia-Baquero *et al.* (2024), através de revisão de escopo sobre amamentação em mulheres migrantes, verificou em grupos diversos de migrantes que a adesão à amamentação é influenciada por diferenças em variáveis como nível socioeconômico, escolaridade, acesso a serviços de saúde, conhecimento materno, fator paterno, cultura e intenção de amamentar.

A revisão de Izumi, Trigg e Stephens (2023) examinou as percepções e as experiências de mães migrantes e seus respectivos impactos sobre o aleitamento materno exclusivo após a migração de países de baixa e média renda para países de alta renda. Os autores concluíram que as mães migrantes percebem diferenças nas práticas de amamentação entre os países de origem e de destino

e que a mudança ou a manutenção de suas práticas tradicionais baseiam-se em dinâmicas interculturais que envolvem seus conhecimentos sobre amamentação, sua identidade étnica e a influência de familiares, profissionais de saúde, bebês, colegas e local de trabalho.

Os fatores de proteção ou de risco variam dependendo dos países de origem e de destino e das situações migratórias específicas, resultando em variadas prevalências de amamentação e diferentes práticas de alimentação complementar. No caso dos migrantes haitianos, uma revisão de escopo sobre alimentação do migrante haitiano no contexto global, encontrou apenas três publicações específicas sobre alimentação de pré-escolares; sendo que nenhuma correspondeu ao contexto brasileiro, sinalizando uma lacuna de pesquisas sobre esse assunto no Brasil (Purcino; Bedrikow, 2024).

Considerando-se: (1) que muitos imigrantes em Cuiabá encontram-se em uma precária situação social, econômica e laboral e que a vulnerabilidade das mulheres é ainda maior (Leão *et al.*, 2017) e (2) que migrantes e refugiados estão entre os grupos mais vulnerabilizados pela insegurança alimentar moderada e grave (REDE PENSSAN, 2022), e que esse processo de vulnerabilização é agravado por fatores como a falta de acesso ao Cadastro Único, à documentação regular e à informação sobre os serviços públicos disponíveis em todas as áreas levantamos a hipótese de que as mães haitianas encontram barreiras para iniciar ou manter a amamentação e para oferecer alimentação complementar adequada e saudável. Evidências científicas sobre amamentação e alimentação de bebês e crianças pequenas haitianas, ou seja, de pré-escolares filhos de pais haitianos no contexto brasileiro são necessárias para subsidiar políticas e ações em saúde para este grupo populacional. Em vista dessa necessidade, este estudo objetivou identificar e avaliar marcadores de alimentação de pré-escolares filhos de imigrantes haitianos residentes na cidade de Cuiabá.

Métodos

Este capítulo apresenta resultados de um estudo transversal, vinculado ao projeto de pesquisa “Estudo da migração haitiana para Mato Grosso: etno-história, perfil socioeconômico, condições de saúde e acesso ao SUS”, desenvolvido pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso. O inquérito foi realizado com mulheres haitianas residentes em Cuiabá, capital do estado de Mato Grosso, mães de crianças com até cinco anos de idade. A coleta de dados ocorreu entre agosto de 2016 e fevereiro de 2017, em domicílios e espaços compartilhados por imigrantes, como igrejas, creches e o Centro de Pastoral do Migrante. Maiores detalhes sobre o delineamento de pesquisa podem ser acessados em publicação prévia (Batista *et al.*, 2020).

A população do estudo foi composta por crianças de zero a cinco anos de idade, nascidas ou não em território brasileiro, filhas de mulheres haitianas residentes em Cuiabá. Foram excluídas da amostra crianças que, no momento da coleta, estivessem em condições que inviabilizassem ou comprometessem a avaliação antropométrica, como em casos de internação hospitalar.

Este é um estudo de caráter censitário, com o objetivo de incluir todas as crianças filhas de imigrantes haitianas residentes na cidade. De acordo com dados do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), entre 2013 e 2015 foram registrados 139 nascimentos de filhos de mães haitianas no estado de Mato Grosso, dos quais 95 (68,3%) ocorreram em Cuiabá (Batista; Gugelmin; Muraro, 2018).

O instrumento de coleta de dados consistiu em um questionário estruturado em nove blocos temáticos: (1) identificação e características sociodemográficas e ambientais; (2) linguagens; (3) informações sobre migração e renda; (4) trabalho e discriminação; (5) saúde geral e saúde da mulher; (6) pré-natal; (7) saúde da criança; (8) segurança alimentar e nutricional (SAN); e (9) avaliação antropométrica e pressão arterial. O questionário foi elaborado pelos pesquisadores do projeto com base em um

inquérito anterior realizado na capital do estado (Borges *et al.*, 2018). O instrumento foi previamente testado em agosto de 2016 com uma mãe haitiana bilíngue, que foi entrevistada por outra mulher haitiana também bilíngue. Após a entrevista, foram discutidas possíveis dificuldades na compreensão das perguntas, possibilitando ajustes no instrumento.

As crianças foram avaliadas em três faixas etárias: até 6 meses, de 6 a 12 meses, e de 1 a 5 anos. Foi registrada a frequência de consumo de marcadores alimentares no dia anterior à aplicação do questionário. A Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA) avalia a percepção intrafamiliar da SAN em relação ao acesso aos alimentos nos últimos 3 meses, analisados por meio de um gradiente de pontuação resultante do somatório final das respostas afirmativas das 14 questões fechadas que a compõem, sendo que a partir da quinta questão a percepção do respondente quanto a IA refere-se à presença ou não de moradores menores de 18 anos no domicílio. A EBIA permite identificar diferentes pontos de cortes para cada grau de severidade da insegurança alimentar, baseado em como as famílias vivenciam esse fenômeno (Segall-Corrêa, 2007), entretanto, por não ter sido validada para migrantes haitianos, serão apresentadas neste estudo a proporção de respostas positivas para cada pergunta.

Além disso, descreveu-se a distribuição das crianças, segundo variáveis sociodemográficas maternas: faixa etária (< 25 anos, 25 - 35 anos, 36 - 45 anos), estado civil (casada/união estável, solteira/viúva), escolaridade (< 8 anos, $\geq$ 8 anos), tempo de residência no Brasil ($\leq$ 24 meses, > 24 meses), compreensão do português (muito pouco/pouco, razoavelmente/bem/muito bem), situação de trabalho atual (sim, não) e carga horária semanal ($\leq$ 44 horas, > 44 horas).

A digitação dos dados foi realizada em duplicata, utilizando o *software* Epi Info 7, e a análise estatística foi conduzida no programa SPSS, versão 17. Foram calculadas frequências absolutas e relativas, além de medidas de tendência central e dispersão das variáveis de interesse.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Müller da Universidade Federal de Mato Grosso (CAAE nº 29120414.0.0000.5541). Todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A pesquisa contou com financiamento da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Mato Grosso (FAPEMAT – Processo nº 155709/2014) e do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq – Processo nº 445842/2014-7).

Resultados

Foram entrevistadas mães de 67 crianças em Cuiabá, a maioria encontrava-se na faixa etária de 26 a 35 anos, sendo essa proporção de 66,7% entre mães de crianças até 6 meses, 83,3% para aquelas com filhos de 6 a 12 meses, e 67,6% entre as mães de crianças de 1 a 5 anos. A maior parte das mulheres era casada ou vivia em união estável, representando 83,3% a 83,8% em todas as faixas etárias das crianças. Quanto à escolaridade, predominou o grupo com 8 anos ou mais de estudo (61,1% a 75,7%). A maioria das mães residia no Brasil há mais de 24 meses (66,7% a 73,0%) e relatou compreender o português razoavelmente, bem ou muito bem (66,7% a 73,0%). Observou-se maior frequência de vínculo laboral entre as mães de crianças menores de seis meses (77,8%), com redução progressiva nas faixas etárias subsequentes (41,7% e 35,1%) (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição das crianças até 5 anos de idade (por faixa etária), filhas de mulheres haitianas, segundo características sociodemográficas maternas. Cuiabá-MT, 2016-2017.

	Faixa etária da criança					
	Até 6 meses		6 a 12 meses		1 a 5 anos	
	n	(%)	n	(%)	N	(%)
Faixa etária da mãe (anos)						
≤ 25 anos	2	(11,1)	1	(8,3)	2	(5,4)
Entre 26 e 35 anos	12	66,7	10	83,3	25	67,6
Entre 36 e 45 anos	4	22,2	1	8,3	10	27,0
Estado civil da mãe						
Casada/União estável	15	83,3	10	83,3	31	83,8
Solteira/viúva ^a	3	16,7	2	16,7	6	16,2
Escolaridade da mãe						
< 8 anos	7	38,9	2	16,7	9	24,3
≥ 8 anos	11	61,1	10	83,3	28	75,7
Tempo de residência da mãe no Brasil^b						
≤ 24 meses	6	33,3	4	33,3	10	27,0
> 24 meses	12	66,7	8	66,7	27	73,0
Entende português						
Muito Pouco ou pouco	6	33,3	4	33,3	10	27,0
Razoavelmente, bem ou muito bem	12	66,7	8	66,7	27	73,0
Trabalho atual no Brasil						
Sim	14	77,8	5	41,7	13	35,1
Não	4	22,2	7	58,3	24	64,9

^aApenas uma mãe relatou ser viúva; ^b Informações faltantes para 1 entrevistada.

Em relação ao consumo de marcadores de alimentação pelas crianças no dia anterior à entrevista. O aleitamento materno foi mais frequente entre crianças menores de seis meses (88,9%) e de 6 a 12 meses (83,3%), reduzindo-se consideravelmente entre as de 1 a 5 anos (16,2%). O consumo de leite ou derivados foi crescente com a idade, alcançando 89,2% entre as crianças de 1 a 5 anos. A ingestão de água foi universal entre as duas faixas etárias mais velhas. Observou-se aumento no consumo de frutas, legumes, carnes, feijão, cereais e alimentos ultraprocessados como biscoitos, doces e refrigerantes à medida que a idade avançava. Alimentos como mingau, frutas, leguminosas, carne e cereais apresentaram

altas frequências entre crianças de 6 a 12 meses e de 1 a 5 anos, evidenciando a introdução e diversificação alimentar nessa fase. O consumo de refrigerantes e doces foi registrado em 43,2% e 62,2%, respectivamente, entre as crianças maiores (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição do consumo de marcadores de alimentação pelas crianças no dia anterior, segundo relato da mãe. Cuiabá-MT, 2016-2017.

	Faixa etária da criança		
	Até 6 meses (%)	de 6 a 12 meses (%)	de 1 a 5 anos (%)
Leite do peito	88,9	83,30	16,20
Outro leite ou derivados de leite	55,6	83,30	89,20
Água	66,7	100,00	100,00
Chá	5,6	41,70	35,10
Mingau	27,8	75,00	54,10
Frutas ou suco natural de frutas	27,8	91,70	97,30
Sucos artificiais	5,6	16,70	40,50
Verduras/legumes	-	41,70	70,30
Feijão ou outras leguminosas	16,7	66,70	91,90
Carne ou ovos	16,7	91,70	89,20
Batata e outros tubérculos e raízes	22,2	75,00	75,70
Cereais e derivados	11,1	66,70	97,30
Biscoitos ou bolachas	16,7	75,00	67,60
Doces, balas ou outros alimentos com açúcar	-	66,70	62,20
Refrigerantes	5,6	16,70	43,20

A Tabela 3 apresenta os dados da EBIA, com base em relatos maternos sobre os três meses anteriores à entrevista. A preocupação com o fim dos alimentos antes de poder adquirir mais foi relatada por 94,4% das mães de crianças até seis meses, 75,0% das mães de crianças de 6 a 12 meses e 81,1% das mães de crianças de 1 a 5 anos. Altas proporções relataram ter ficado sem dinheiro para uma

alimentação saudável e variada (88,9% a 91,7%) e a necessidade de reduzir a diversidade alimentar (55,6% a 91,7%). A prática de reduzir a quantidade de alimentos ou pular refeições devido à falta de recursos foi comum, atingindo 66,7% a 90% das famílias. Entre as famílias com crianças de 1 a 5 anos, 81,3% relataram comer menos do que julgavam necessário e 50% sentiram fome, mas não comeram por falta de recursos. Casos de perda de peso, omissão de refeições e episódios em que crianças ficaram sem alimentação adequada também foram relatados com frequência, indicando situação crítica de insegurança alimentar em diversos lares. A condição apresentada indica a fragilidade das famílias em acessar alimentação regular e de qualidade — condição essa contrária aos Direitos Humanos à alimentação adequada (Almeida, 2021).

Tabela 3 - Proporção de respostas positivas às questões da Insegurança alimentar – EBIA, respondida em relação aos últimos três meses, segundo relato da mãe. Cuiabá-MT, 2016-2017.

	Faixa etária das crianças		
	Até 6 meses n=18 n (%)	de 6 a 12 meses n=12 n (%)	de 1 a 5 anos n=37 n (%)
Preocupação que a comida na sua casa acabasse antes que tivesse condições de comprar mais comida?	17 (94,4)	9 (75,0)	30 (31,1)
A comida acabou antes que tivesse dinheiro de comprar mais comida?	16 (88,9)	10 (83,3)	25 (67,6)
Você ficou sem dinheiro para ter uma alimentação saudável e variada?	16 (88,9)	11 (91,7)	30 (81,1)
Você teve que se basear em apenas alguns poucos tipos de alimentos para alimentar os moradores com menos de 18 anos?	10 (55,6)	11 (91,7)	30 (81,1)
Você ou algum adulto da sua casa diminuiu, alguma vez, a quantidade de alimentos nas refeições, ou pulou refeições, porque não havia dinheiro suficiente para comprar a comida?	12 (66,7)	10 (90,0)	27 (84,4)
Você alguma vez comeu menos do que achou que devia porque não havia dinheiro o suficiente para comprar comida?	13 (72,2)	11 (100,0)	26 (81,3)
Você alguma vez sentiu fome mas não comeu porque não podia comprar comida suficiente?	12 (66,7)	5 (45,5)	16 (50,0)
Você perdeu peso porque não tinha dinheiro suficiente para comprar comida?	12 (66,7)	7 (63,6)	16 (50,0%)
Você ou qualquer outro adulto em sua casa ficou, alguma vez, um dia inteiro sem comer ou, teve apenas uma refeição ao dia, porque não havia dinheiro para comprar a comida? -	10 (58,8)	9 (81,8)	17 (53,1)

Continua

Tabela 3 - Proporção de respostas positivas às questões da Insegurança alimentar – EBIA, respondida em relação aos últimos três meses, segundo relato da mãe. Cuiabá-MT, 2016-2017.

	Continuação		
	Faixa etária das crianças		
	Até 6	de 6 a 12	de 1 a 5
	meses	meses	anos
	n=18 n (%)	n=12 n (%)	n=37 n (%)
Você não pôde oferecer a algum morador com menos de 18 anos, uma alimentação saudável e variada, porque não tinha dinheiro?	3 (18,8)	9 (81,8)	23 (67,6)
Algum morador com menos de 18 anos não comeu em quantidade suficiente, porque não havia dinheiro para comprar a comida?	-	7 (63,6)	13 (38,2)
Você, alguma vez, diminuiu a quantidade de alimentos das refeições de algum morador com menos de 18 anos, porque não havia dinheiro suficiente para comprar a comida?	2 (12,5)	6 (54,5)	16 (47,1)
Alguma vez algum morador com menos de 18 anos deixou de fazer alguma refeição, porque não havia dinheiro para comprar a comida?	2 (12,5)	5 (45,5)	17 (50,0)
Algum morador com menos de 18 anos teve fome, mas você simplesmente não podia comprar mais comida?	2 (12,5)	2 (18,2)	12 (35,3)
Algum morador com menos de 18 anos teve apenas uma refeição ao dia, ou ficou sem comer por um dia inteiro, porque não havia dinheiro para comprar comida?	2 (12,5)	4 (36,4)	12 (35,5)

Discussão

Os marcadores de consumo alimentar identificados possibilitaram avaliações quanto à prática da amamentação exclusiva. Entre os 18 bebês na faixa etária de 0 a 6 meses, foram identificados 16 lactentes, sugerindo uma alta taxa de

amamentação no início da vida (88,9%). Entretanto, 12 (66,7%) dos 16 lactentes consumiram água no dia anterior à entrevista, indicando que apenas 33,3% estavam em aleitamento materno exclusivo, nível bastante inferior às metas da OMS (50% para o ano de 2025 e 70% para o ano de 2030) (WHO/UNICEF, 2014; WHO/UNICEF, 2023). Essa taxa também é inferior às prevalências de amamentação exclusiva estimadas no Haiti (40%) (Decelles *et al.*, 2022) e no Brasil (45,8%) (Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2021).

A baixa prevalência de amamentação exclusiva estimada a partir de nossos resultados está em consonância com a revisão sobre amamentação e migração realizada por Denis *et al.* (2019), já citada na introdução deste capítulo, a qual encontrou que mulheres migrantes amamentam mais do que as nativas, mas que ambas tinham dificuldade em realizar o aleitamento materno exclusivo. Resultado diferente foi encontrado por Rodríguez-Fernández *et al.* (2022), em um estudo transversal com mães haitianas imigrantes residentes no Chile, o qual encontrou a prevalência de amamentação exclusiva até os 6 meses de 54,3% (similar a prevalência estimada para mães não imigrantes no Chile, que é de 55%) e identificou como fatores protetivos para amamentação: estar empregada, ter acesso a serviços básicos e falar bem espanhol.

Em nosso estudo, apesar da ocorrência de uma porcentagem alta de mães empregadas (77,8%, na faixa de idade até 6 meses); talvez o emprego não tenha o mesmo potencial protetivo, visto que, pesquisas envolvendo mulheres haitianas imigrantes em Cuiabá relataram situações laborais precárias, com empregos em áreas com baixa remuneração como da limpeza e com cargas horárias de trabalho elevadas, nem sempre sob o regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) (Leão *et al.*, 2017), o qual garante licença maternidade de 6 meses, ou, provavelmente, sem condições adequadas para retirada e armazenamento de leite materno. Corroborando com essa inferência de que o trabalho pode também ser um fator de risco, Thomas e DeSantis (2015), em pesquisa com mulheres residentes nos EUA, verificou que a maioria das

participantes (73%) tinham preferência pelo aleitamento materno e conhecimentos sobre os benefícios dessa prática; entretanto, dados da pesquisa indicaram redução da escolha por amamentar condicionada por motivos ligados à situação migratória, sendo que o principal motivo alegado para não amamentar foi a necessidade de trabalhar fora de casa.

A baixa taxa de aleitamento materno exclusivo também pode ter influência cultural. A amamentação é uma prática presente e valorizada na tradição haitiana, mas não de modo exclusivo; chás feitos com ervas medicinais, por exemplo, são tradicionalmente oferecidos às crianças desde o nascimento (Dörmemann; Kelley, 2013; Decelles *et al.*, 2022). Na nossa pesquisa, apenas um bebê da faixa de 0-6 meses, consumiu chá; enquanto que no estudo de Thomas e DeSantis (2015) 20% das mães (n=6) relataram dar chás caseiros com efeitos sedativos e 13% (n=4) com efeitos purgativos. A prática de dar purgativos aos recém-nascidos corresponde a uma concepção tradicional de saúde haitiana. A amamentação exclusiva, conceito biomédico adotado pela OMS a partir dos anos 90, apenas tem sido incorporada na cultura haitiana recentemente, a partir de campanhas governamentais e de organismos internacionais. Em 2000, a taxa de amamentação exclusiva no Haiti era de 24%, atingindo, a partir de 2006, a prevalência atual de 40% (Decelles *et al.*, 2022).

Em relação a amamentação continuada, observamos uma alta frequência (83,3%) de crianças de 6 a 12 meses e uma expressiva redução da frequência (16,2%) na faixa de crianças maiores. A frequência da amamentação continuada observada no primeiro ano de vida no nosso grupo de estudo é superior à prevalência brasileira e haitiana, ambas estimada em 53%, respectivamente, pelo ENANI (Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2021) e por inquérito de saúde haitiano realizado entre 2016-2017 (Institut Haïtien de l'Enfance, 2018). Nesse inquérito haitiano, observou-se tendência de duração mediana da amamentação continuada mais alta entre os mais pobres (18,6 meses) em comparação com os mais ricos (15,6 meses). Neste estudo, no estrato de 6 a 12 meses,

observou-se uma alta taxa de desemprego (58,3%) sugestiva de dificuldades financeiras; caso os migrantes no Brasil sigam a tendência haitiana acima referida, a baixa renda pode estar associada a maior duração da amamentação continuada.

A ocorrência de aleitamento materno misto, ou seja, a combinação de oferta de leite materno e de outros tipos de leite observada em todas as faixas etárias indica inadequação alimentar, visto que até 6 meses a amamentação deveria ser exclusiva e de 6 até 2 anos deveria ser mantida sem a complementação com outros leites ou com fórmulas infantis, com exceção de situações especiais, nas quais profissionais de saúde podem prescrever outros leites ou fórmulas. A prática de aleitamento materno misto, evidenciada principalmente na faixa de 6 a 12 meses (83,3% das crianças em aleitamento materno e 83,3% também recebendo outro leite ou derivado de leite), é desnecessária e pode ser prejudicial por reduzir o efeito protetor do leite materno contra doenças e causar diminuição no volume do leite produzido (Brasil, 2019). Essa prática também preocupa por impactar o orçamento familiar; na faixa etária de 6 a 12 meses, com alta porcentagem de aleitamento materno misto, 81,8% das mães relataram que, por falta de dinheiro, não puderam oferecer a algum morador com menos de 18 anos uma alimentação saudável e variada, ou seja, o gasto desnecessário com outro leite ou derivados do leite pode comprometer a aquisição de outros grupos alimentares que devem ser introduzidos nessa fase.

O levantamento do consumo no dia anterior de marcadores da alimentação das crianças e a percepção de insegurança alimentar relatada pelas mães forneceram dados que nos permitiram inferir que a introdução alimentar adequada e saudável foi comprometida por aspectos como: introdução precoce de água e de outros alimentos; oferta indevida de alimentos com adição de açúcar, oferta indevida de alimentos ultraprocessados e redução da diversidade alimentar, da frequência das refeições e da quantidade.

Recomenda-se que a introdução alimentar seja realizada a partir dos seis meses de idade, quando o bebê atinge um nível

satisfatório de maturidade fisiológica e neuromuscular (Brasil, 2015; Brasil, 2019). Contudo, o levantamento do consumo no dia anterior, na faixa etária de até 6 meses, identificou que quase todos os marcadores de alimentação (a exceção foi “verduras/ legumes” e “doces, balas ou outros alimentos com açúcar”) foram consumidos pelos bebês, indicando uma introdução precoce de alimentos complementares. Como também já discutido, motivos como necessidade de trabalhar fora de casa e a tradições alimentares haitianas podem estar envolvidos na decisão de introduzir outros alimentos antes dos 6 meses de vida. A pesquisa de Dörnemann e Kelly (2013) também mostrou que mães haitianas consideram que a qualidade de sua dieta é fundamental para a qualidade do leite e que quando impossibilitadas de manter uma boa alimentação, como em situações de crise, deixam de confiar na suficiência do aleitamento materno e optam por complementar com a introdução de fórmulas infantis ou de outros alimentos. No nosso estudo, a partir da percepção materna de insegurança alimentar, presumimos que as mães imigrantes haitianas encontram-se impossibilitadas de manter uma boa alimentação; como apresentado nos resultados, altas proporções relataram ter ficado sem dinheiro para ter uma alimentação saudável e variada (88,9% das mães relacionadas à faixa etária de até 6 meses).

Os consumos de alimentos ultraprocessados e de alimentos com açúcar adicionado são contraindicados para crianças de até 2 anos de idade e são considerados marcadores de alimentação não saudável (Brasil, 2009; Brasil, 2019). Constatamos consumo de refrigerantes e biscoitos ou bolachas em todas as faixas etárias e consumo de doces, balas ou outros alimentos com açúcar nas duas faixas etárias superiores. Embora, em pesquisa nacional, dados sobre alguns desses marcadores sejam apresentados em distribuição por faixas etárias diferentes, podemos perceber que valores da nossa pesquisa superam valores de pesquisa nacional. Encontramos o consumo de refrigerante em 16,7% das crianças de 6 a 12 meses e em 43,2% das crianças de 1 a 5 anos; enquanto que, em pesquisa nacional foi encontrado consumo em 4,9% em crianças

de 6 a 9 meses e em 11,6% das crianças de 9 a 12 meses) (Brasil, 2009). Identificamos o consumo de biscoitos ou bolachas em 75% das crianças de 6 a 12 meses e em 67,6% das crianças de 1 a 5 anos; ao passo que em pesquisa nacional foi constatado consumo em 46,4% das crianças de 6 a 9 meses e de 71,7% nas crianças de 9 a 12 meses (Brasil, 2009). Esses dados produzem preocupação sobre a formação de hábitos alimentares e, portanto, sobre a promoção de saúde e prevenção de doenças crônicas não transmissíveis neste grupo ao longo da vida. O acesso a ações de educação alimentar e nutricional no contexto da atenção básica que atendam as especificidades culturais haitianas é fundamental para a promoção da saúde dos filhos de migrantes haitianos.

Observou-se a introdução e a diversificação alimentar com base no consumo no dia anterior, pelas faixas etárias de crianças de 6 a 12 meses e de 1 a 5 anos, de vários grupos alimentares cujo consumo é recomendado a partir de 6 meses, como frutas, verduras/ legumes, cereais, tubérculos, carnes/ ovos. Entretanto, a alta porcentagem de mães desempregadas (58,3% e 64,9%, respectivamente nas faixas de 6 a 12 meses e de 1 a 5 anos) e os relatos de percepção de insegurança alimentar nos fazem presumir que a manutenção da diversidade alimentar, da frequência das refeições e das quantidades ideais nem sempre seja possível. Uma alta porcentagem de mães (81,8% e 67,6%, respectivamente nas faixas de 6 a 12 meses e de 1 a 5 anos) relatou que não pode oferecer a algum morador com menos de 18 anos, uma alimentação saudável e variada, porque não tinha dinheiro. A diminuição de quantidade também foi relatada; 54,5% e 47,1%, respectivamente nas faixas de 6 a 12 meses e de 1 a 5 anos, informaram redução na quantidade de alimentos das refeições de algum morador com menos de 18 anos porque não havia dinheiro suficiente para comprar a comida. Pesquisa com mães imigrantes haitianas nos Estados Unidos, com filhos na faixa etária de 3 a 12 anos, também chama atenção para determinação de inadequações alimentares por dificuldades socioeconômicas (Tovar *et al.*, 2012; Tovar *et al.*, 2013; Tovar *et al.*, 2015).

Embora a pesquisa tenha sido realizada em 2014 e especificamente com migrantes haitianos, a situação parece não ter mudado significativamente, já que a insegurança alimentar continua a impactar de forma relevante a vida dos migrantes indígenas venezuelanos nos dias atuais. Migrantes venezuelanos da etnia Warao vivem em acampamentos improvisados e enfrentam condições precárias com esgoto a céu aberto, ausência de água encanada e alimentação insuficiente. Entre 2022 e junho de 2023, quatro crianças com menos de dois anos perderam a vida em decorrência de desnutrição e infecções (Mendes, 2023). O Ministério Público Federal (MPF) ingressou com uma ação civil pública em Cuiabá para assegurar os direitos fundamentais da população indígena Warao, refugiada da Venezuela e em situação de vulnerabilidade. Na ação, o MPF requer à Justiça a criação de um Grupo Especial de Atendimento e Monitoramento, que deve ser formado por representantes da União, do Estado de Mato Grosso, da Prefeitura de Cuiabá e da Fundação Nacional dos Povos Indígenas (FUNAI). Dentre as determinações do MPF é solicitado que o executivo municipal elabore um plano para garantir o acesso efetivo aos serviços de saúde, educação, moradia e segurança alimentar (Justiça, 2025).

O acesso aos serviços de saúde e a assistência no pré-natal qualificada podem melhorar os conhecimentos maternos sobre amamentação e alimentação complementar resultando em marcadores de alimentação mais adequados. Pesquisa de Batista, Gugelmin e Muraro (2018), no Mato Grosso, constatou que o número de mulheres haitianas que realizaram seis ou mais consultas de pré-natal foi inferior ao número de mulheres brasileiras; revelando uma necessidade de desenvolvimento de políticas e ações de promoção da assistência pré-natal entre mulheres de nacionalidade haitiana no estado.

Nossos resultados reforçam a necessidade de políticas e ações em saúde voltadas para o enfrentamento da insegurança alimentar e nutricional e a promoção da alimentação saudável entre mães de nacionalidade haitiana residentes em Cuiabá, Mato Grosso.

Uma das principais limitações deste estudo refere-se à ausência de um instrumento validado especificamente para avaliar a insegurança alimentar entre migrantes haitianos no contexto brasileiro. A EBIA, embora amplamente utilizada e reconhecida, não foi validada para esse grupo populacional, o que pode comprometer a acurácia das interpretações, especialmente diante de possíveis diferenças culturais, linguísticas e de percepção sobre o acesso aos alimentos. Por essa razão, optou-se por apresentar a frequência de respostas afirmativas às questões da EBIA, sem aplicar os pontos de corte usuais para classificação dos graus de insegurança alimentar.

Outra limitação está ligada a amostra não probabilística. Embora o estudo tenha adotado uma estratégia censitária, buscando incluir todas as mães haitianas com filhos pequenos em Cuiabá, é possível que algumas famílias não tenham sido alcançadas, especialmente aquelas em maior vulnerabilidade, com baixa inserção em redes de apoio ou que estavam fora de instituições mapeadas (como igrejas e creches). Isso pode ter gerado sub-representação de determinados perfis.

Conclusão

Este estudo permitiu explorar o consumo de marcadores de alimentação entre pré-escolares filhos de haitianos em Cuiabá, Mato Grosso e discutir inadequações e riscos identificados.

A insegurança alimentar e nutricional é um dos sintomas mais graves da vulnerabilidade social vivenciada por populações migrantes. A dificuldade de acesso a alimentação de qualidade é ocasionada por precárias condições de vida, persistência do racismo estrutural e a exclusão do mercado formal de trabalho com garantias de proteção social.

Embora o Brasil possua uma legislação migratória considerada avançada — como a Lei nº 13.445/2017 (Lei de Migração) —, a prática revela uma distância entre o direito formal e a efetividade dos direitos (Silveira, 2019). As políticas de

acolhimento têm se concentrado em respostas emergenciais, sem garantir estratégias de longo prazo para a inclusão socioeconômica e alimentar de migrantes em geral.

É importante enfatizar que as nacionalidades dos migrantes, por si só, não determinam situações de vulnerabilidade. O que se defende aqui é que, a depender do contexto e das características do processo migratório, qualquer migrante internacional pode estar sujeito a condições que o tornem vulnerável — inclusive à insegurança alimentar e nutricional.

Os fatores que compõem esse processo migratório — como os motivos que levaram à migração, as condições enfrentadas no trajeto até o país de destino e a capacidade desse país de oferecer políticas públicas eficazes de acolhimento — são, de fato, os elementos centrais que influenciam o grau de vulnerabilidade vivenciado, podendo resultar em diferentes formas de exclusão e insegurança, inclusive no acesso a alimentos adequados e à nutrição.

Referências

ALMEIDA, J. F. de; PAIVA, L. M. Insegurança alimentar de migrantes e refugiados no Brasil: desafios para a garantia do direito à alimentação. **Revista Brasileira de Bioética**, Brasília, v. 13, n. 1, p. 50–65, 2021. Disponível em: <https://www.periodicos.unb.br/index/rbb/article/view/26837>. Acesso: 14 maio 2025.

BAENINGER, R. *et al.* **Migrações Sul-Sul**. 2. ed. Campinas: NEPO/UNICAMP, 2018. 976 p.

BATISTA, D. R. R.; GUGELMIN, S. A.; MURARO, A. P. Prenatal follow-up of Haitian and Brazilian women in Mato Grosso. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 18, n. 2, p. 317–326, abr. 2018. DOI: 10.1590/1806-93042018000200005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-93042018000200005>. Acesso em: 20 abr. 2025.

BATISTA, D. R. R. *et al.* Estado nutricional de crianças de descendência haitiana e suas características demográficas, socioeconômicas e de saúde em Cuiabá-MT, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 7, p. 2571–2582, jul. 2020. DOI: 10.1590/1413-81232020257.28552018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32667541/>. Acesso em: 20 abr. 2025.

BORGES, F. T. *et al.* Socioeconomic and Health Profile of Haitian Immigrants in a Brazilian Amazon State. **Journal of Immigrant and Minority Health**, v. 20, n. 6, p. 1373–1379, dez. 2018. DOI: 10.1007/s10903-018-0694-9. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29372422/>. Acesso em: 20 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-crianca/publicacoes/ii-pesquisa-de-prevalencia-de-aleitamento-materno-nas-capitais-brasileiras-e-distrito-federal/view>. Acesso em: 13 maio 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 184 p. (Cadernos de Atenção Básica, 23). Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-crianca/publicacoes/saude-da-crianca-aleitamento-materno-e-alimentacao-complementar/view>. Acesso em: 13 maio 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. 265 p. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-brasil/eu-quero-me-alimentar-melhor/Documentos/pdf/guia-alimentar-para-criancas-brasileiras-menores-de-2-anos.pdf/view>. Acesso em: 13 maio 2024.

DeSANTIS, L. Infant feeding practices of Haitian mothers in south Florida: cultural beliefs and acculturation. **Maternal-child nursing journal**, v. 15, n. 2, p. 77–89, 1986.

DECELLES, S. *et al.* Determinants of exclusive breastfeeding among Haitian children under 6 months of age. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 46, e84, 2022. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.84>. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/56142>. Acesso em: 20 abr. 2024.

DECELLES, S. *et al.* Determinants of continued breastfeeding in children aged 12–23 months in three regions of Haiti. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 48, e6, 2024. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2024.6>. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/59317>. Acesso em: 20 abr. 2024.

DENNIS, C. L. *et al.* Breastfeeding rates in immigrant and non-immigrant women: a systematic review and meta-analysis. **Maternal & Child Nutrition**, v. 15, e12809, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1111/mcn.12809>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30884175/>. Acesso em: 20 abr. 2024.

DÖRNEMANN, J.; KELLY, A. H. “It is me who eats, to nourish him”: a mixed-method study of breastfeeding in post-earthquake Haiti. **Maternal & Child Nutrition**, v. 9, p. 74–89, 2013. DOI: 10.1111/j.1740-8709.2012.00428.x. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22784020/>. Acesso em: 20 abr. 2024.

EIDELMAN, A. I. Human Migration and Breastfeeding Practices. **Breastfeeding Medicine**, v. 19, n. 12, p. 899–900, 2024. DOI: 10.1089/bfm.2024.0346. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39540223/>. Acesso em: 20 abr. 2024.

IHE - Institut Haïtien de L’enfance. **Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services (EMMUS-VI 2016–2017)**. Pétiön-Ville, Haïiti; Rockville, Maryland: IHE; ICF, 2018. Disponível em: <https://www.unicef.org/haiti/media/346/file/%20EMMUS-VI-Rapport-de-synth%C3%A8se-2018.pdf>. Acesso em: 14 maio 2025.

IZUMI, C.; TRIGG, J.; STEPHENS, J. H. A systematic review of migrant women's experiences of successful exclusive breastfeeding in high-income countries. **Maternal & Child Nutrition**, v. 20, e13556, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1111/mcn.13556>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37584632/>. Acesso em: 20 abr. 2024.

JUSTIÇA determina criação de grupo especial para atender indígenas em Cuiabá. **Ponto na Curva**, Cuiabá, 21 jan. 2025. Disponível em: <https://www.pontonacurva.com.br/justica-federal/justica-determina-criacao-de-grupo-especial-para-atender-indigenas-em-cuiaba/24699>. Acesso em: 6 maio 2025.

LEÃO, L. H. da C. *et al.* Migração internacional, saúde e trabalho: uma análise sobre os haitianos em Mato Grosso, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 7, e00181816, 2017. DOI: 10.1590/0102-311X00181816. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Kq4zLH8G36sWvqLJpLSLFrz/?format=pdf>. Acesso em: 20 abr. 2024.

MENDES, E. **Com pouca comida e sem assistência, 4 crianças já morreram**. Gazeta Digital, Cuiabá, 27 ago. 2023. Disponível em: <https://www.gazetadigital.com.br/editorias/cidades/com-pouca-comida-e-sem-assistncia-4-crianas-j-morreram/745085>. Acesso em: 14 maio 2025.

MURCIA-BAQUERO, L. M. *et al.* The Phenomenon of Human Migration on the Breastfeeding Practices of Migrant Women: A Scoping Review. **Cureus**, v. 16, n. 7, e63614, 2024. DOI: 10.7759/cureus.63614. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39087178/>. Acesso em: 20 abr. 2024.

PURCINO, L. S.; BEDRIKOW, R. Findings on dietary characteristics among Haitian immigrants and the threat of food insecurity: A scoping review. **Public Health Practice**, v. 8, 100520, 2024. DOI: 10.1016/j.puhip.2024.100520. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39050009/>. Acesso em: 20 abr. 2024.

REDE PENSSAN - Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional. **II Inquérito Nacional sobre**

Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid-19 no Brasil. São Paulo: Fundação Friedrich Ebert/ Rede PENSSAN, 2022. 112 p. Disponível em: <https://olheparaafome.com.br/wp-content/uploads/2022/06/Relatorio-II-VIGISAN-2022.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2024.

RODRÍGUEZ-FERNÁNDEZ, A. *et al.* Maternal Factors Associated with Non-Exclusive Breastfeeding in Haitian Immigrant Women in Southern Chile. **Nutrients**, v. 14, n. 15, p. 3173, 2022. DOI: <https://doi.org/10.3390/nu14153173>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35956349/>. Acesso em: 20 abr. 2024.

SEGALL-CORRÊA, A. M. Insegurança alimentar medida a partir da percepção das pessoas. **Estudos avançados**, v. 21, p. 143-154, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-40142007000200012>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ea/a/8qcpvbnzZrdvRXbHRJ76mg/>. Acesso em: 20 abr. 2024.

SILVEIRA, Vladmir Oliveira da: A Lei de Migração como resposta aos fluxos migratórios no Brasil. **Revista Jurídica Unicuritiba**, v. 4, n. 57, 2019.

THOMAS, J. T.; DeSANTIS, L. T. Feeding and Weaning Practices of Cuban and Haitian Immigrant Mothers. **Journal of Transcultural Nursing**, v. 6, n. 2, p. 34–42, 1995. DOI: 10.1177/104365969500600205. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/104365969500600205>. Acesso em: 20 abr. 2024.

TOVAR, A. *et al.* Immigrating to the US: What Brazilian, Latin American and Haitian Women Have to Say About Changes to Their Lifestyle That May be Associated with Obesity. **Journal of Immigrant and Minority Health**, v. 15, p. 357–364, 2013. DOI: 10.1007/s10903-012-9665-82. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10903-012-9665-8>. Acesso em: 20 abr. 2024.

TOVAR, A. *et al.* Low demanding parental feeding style is associated with low consumption of whole grains among children of recent immigrants. **Appetite**, v. 95, p. 211–218, 2015. DOI:

<https://doi.org/10.1016/j.appet.2015.06.006>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26122753/>. Acesso em: 20 abr. 2024.

TOVAR, A. *et al.* Feeding styles and evening family meals among recent immigrants. **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, v. 10, p. 84, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1186/1479-5868-10-84>. Disponível em: <https://ijbnpa.biomedcentral.com/articles/10.1186/1479-5868-10-84>. Acesso em: 20 abr. 2024.

UFRJ - Universidade Federal do Rio de Janeiro. **Aleitamento materno: Prevalência e práticas de aleitamento materno em crianças brasileiras menores de 2 anos: ENANI 2019**. Rio de Janeiro: UFRJ, 2021. 108 p. Disponível em: <https://enani.nutricao.ufrj.br/index.php/relatorios/>. Acesso em: 13 maio 2025.

WHO - World Health Organization. Global breastfeeding scorecard, 2019: increasing commitment to breastfeeding through funding and improved policies and programmes. Geneva: **WHO**, 2019. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/326049>. Acesso em: 5 maio 2025.

WHO/UNICEF. **Global nutrition targets 2025: breastfeeding policy brief (WHO/NMH/NHD/14.7)**. Geneva: World Health Organization, 2014. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/149022/WHO_NMH_NHD_14.7_eng.pdf?ua=1. Acesso em: 5 maio 2025.

WHO/UNICEF. **Global breastfeeding scorecard, 2023: rates of breastfeeding increase around the world through improved protection and support (WHO/HEP/NFS/23.17)**. Geneva: World Health Organization, 2023. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HEP-NFS-23.17>. Acesso em: 5 maio 2025.

Capítulo 4

Perfil epidemiológico dos óbitos de mulheres vítimas de violências no estado de Mato Grosso, 2012 a 2021

Gabriella da Silva Souza Lopes

Franciele Silvia de Carlo

Ligia Regina de Oliveira

Francine Nesello Melanda

Introdução

A violência contra mulheres e meninas é uma das principais, mais antiga e prevalente violação aos direitos humanos, apresentando incontáveis vítimas ao longo de sua história (ONU News, 2021). Para a Organização Mundial da Saúde (OMS) qualquer forma de coagir a mulher, seja física, sexual ou psicológica, é considerada violência de gênero (WHO, 2020).

No mundo, um terço das mulheres já foram vítimas de violência (OPAS, 2020). No Brasil, estudo que analisou as notificações no período de 2011 a 2017, identificou 454.984 registros de violência contra mulheres perpetrados por homens sendo as violências física (86,6%) e psicológica (53,1%) as mais frequentes (Mascarenhas *et al.*, 2020).

A violência contra mulher se manifesta de diversas formas, provoca consequências na qualidade de vida e exige atenção e cuidado dos serviços de saúde (Minayo, 2004). Todavia, o óbito, é a consequência mais grave da violência.

Especificamente para o caso de homicídios femininos, estima-se que, no mundo, em 2020, aproximadamente 47 mil mulheres e meninas foram mortas por um parente ou pelo próprio marido, o que corresponde a uma mulher ou menina a cada 11 minutos (Vienna, 2021). No Brasil, dados do Sistema de Informação de

Mortalidade (SIM) do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) indica que, em 2019, 3.737 mulheres foram assassinadas no país, o que equivale a uma taxa de 3,5 vítimas para cada 100 mil habitantes do sexo feminino no Brasil. A taxa representa uma redução de 17,9% em relação a 2018, quando foram registrados 4,3 óbitos para cada 100 mil mulheres. Estudo de Lima e Santos (2022) também aponta que a maioria dos agressores são pessoas próximas ou conhecidas da vítima, e a própria casa é o local mais apontado como sítio de agressão. Ou seja, onde deveria existir uma relação de afeto e respeito, existe uma relação de violência, que muitas vezes é oculta (Brasil, 2006).

O feminicídio é um crime de ódio baseado no gênero que vem se registrando durante muito tempo. No entanto, o contexto da pandemia da Covid-19 trouxe indicadores preocupantes acerca da violência doméstica contra a mulher (Sunde *et al.*, 2021).

Estudo realizado por Pinto *et al.* (2021) sobre fatores associados ao óbito em mulheres com notificação de violência por parceiro íntimo, relacionando dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), identificou 692.936 casos com essa condição, a maior parte ocorrido por agressão (40,6%). Além disso, dentre esses óbitos, 25,9% das mulheres tinham idade entre 15 e 29 anos e 46,7% eram negras. Neste estudo, os autores destacam também que 74,8% dos óbitos ocorreram na residência da vítima, por meio de violência física.

Um estudo ecológico publicado em 2017 analisou registros de óbitos por agressão contra mulheres com 10 ou mais anos em diversas regiões brasileiras entre os anos de 1980 a 2014 (Souza *et al.*, 2017). A taxa de mortalidade média registrada no país foi de 5,13 óbitos a cada 100.000 mulheres. De acordo com essa pesquisa, a região Centro-Oeste apresentou taxa de 7,98 óbitos/100.000 mulheres, superior às regiões Sudeste, Norte e Sul. Dentre esses homicídios registrados na região Centro-Oeste, 46,8% ocorreram por meio de armas de fogo e 35,6% por objetos cortantes. A residência foi o principal local de ocorrência dos óbitos (33,8%).

A justificativa desse estudo pauta-se na importância de caracterizar os óbitos de mulheres que morreram por violência, tendo em vista a escassez de estudos desenvolvidos no Estado de Mato Grosso com essa temática. Ademais, esses dados são relevantes para identificar quais são as vítimas mais vulneráveis e poder contribuir significativamente para a criação de novas estratégias de enfrentamento desse agravo, como políticas de intervenção e melhoria das ações frente às notificações da violência e organização de redes de proteção. Assim, o objetivo desse estudo foi estimar a taxa de mortalidade das mulheres por agressão no estado de Mato Grosso entre 2012 e 2021 e caracterizar os óbitos segundo características sociodemográficas e da violência.

Métodos

Estudo descritivo, cuja população são mulheres com idade entre 15 anos e 59 anos, residentes do estado de Mato Grosso, que foram à óbito devido a algum tipo de agressão no período entre 2012 e 2021. A fonte de dados foi o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) consultado no *Data Warehouse Web*, um repositório de dados dos Sistemas de Informação da Secretaria do Estado de Saúde de Mato Grosso, que é de domínio público e de livre acesso.

A variável principal deste estudo é composta pelos óbitos de mulheres ocorridos por agressões (CID-10, capítulos X85 a Y09), registrados no SIM.

Os óbitos foram descritos segundo as características sociodemográficas das vítimas e da violência. As características sociodemográficas foram: faixa etária (15 a 19 anos, 20 a 29 anos, 30 a 39 anos, 40 a 49 anos e 50 a 59 anos); raça/cor (branca, preta, parda, indígena, amarela); estado civil (solteira, casada, separada judicialmente/divorciada, união consensual, viúva); anos de estudo da vítima (nenhum, 1 a 3 anos, 4 a 7 anos, 8 a 11 anos, 12 ou mais); e ocupação (dona de casa, empregada doméstica, estudante, desempregada, outras). As características da violência foram: ano

do óbito; local de ocorrência (domicílio, hospital, outro estabelecimento de saúde, via pública, outros); meio de agressão (segundo códigos CID-10).

Ao extrair os dados do repositório *Data Warehouse Web*, uma planilha do Excel foi gerada e por meio deste foram realizadas análises descritivas, com medidas absolutas e relativas, de tendência central e de dispersão.

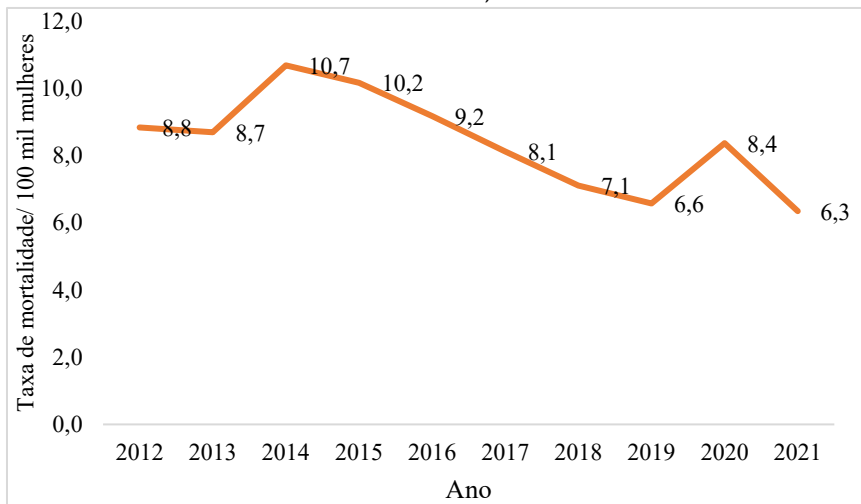
A taxa de mortalidade de mulheres por agressão em Mato Grosso foi calculada para cada ano do período de análise, sendo aplicada a seguinte fórmula: Taxa de mortalidade = número de óbitos/população de mulheres de Mato Grosso x 100 mil.

O estudo cumpriu as normas das Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde e com dispensa de submissão do Comitê de Ética, pois utilizou dados de domínio público.

Resultados

Foram registrados 899 óbitos de mulheres vítimas de violência com idade entre 15 e 59 anos em Mato Grosso no período de 2012 a 2021, o que corresponde a uma taxa média de mortalidade de 8,5/100 mil mulheres. Ao longo dos anos, maior taxa foi observada em 2014 (10,4/100 mil) e a menor em 2021 (6,3/100 mil) (Figura 1).

Figura 1 – Taxa de mortalidade de mulheres entre 15 e 59 anos vítimas de violência em Mato Grosso, 2012-2021.



Foi observado que aproximadamente 40% das mulheres tinham entre 15 à 29 anos, a maioria (73,3%) eram negras (parda + preta) e 64,5% não tinham companheiros (solteiras, separadas e viúvas), sendo a maior parte mulheres solteiras. Com relação a escolaridade, 42% das mulheres não possuem ensino fundamental completo e quanto a ocupação, 44,2% eram domésticas ou dona de casa.

Destaca-se o alto índice de registros em branco ou ignorados: 12,2% (estado civil), 16,8% (anos de estudo), 12,7% (ocupação).

Tabela 1 – Número absoluto e percentual de óbitos de mulheres por agressão, segundo características sociodemográficas, Mato Grosso, 2012-2021.

Variáveis	N	%
Faixa etária		
15 a 19 anos	103	11,5
20 a 29 anos	264	29,4
30 a 39 anos	277	30,8
40 a 49 anos	174	19,4
50 a 59 anos	74	8,2
Em branco/Ignorado	7	0,8
Raça/cor		
Amarela	1	0,1
Branca	224	24,9
Indígena	3	0,3
Parda	606	67,4
Preta	53	5,9
Em branco/Ignorado	12	1,3
Estado civil		
Casado	105	11,7
Separada judicialmente/divorciada	39	4,3
Solteira	531	59,1
União consensual	104	11,6
Viúva	10	1,1
Em branco/Ignorado	110	12,2

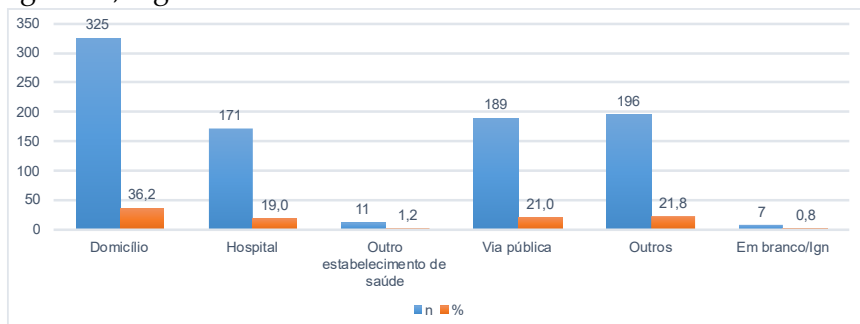
Continua

Tabela 1 – Número absoluto e percentual de óbitos de mulheres por agressão, segundo características sociodemográficas, Mato Grosso, 2012-2021.

		Continuação
Variáveis	N	%
Anos de estudo		
Nenhum	21	2,3
1 a 3 anos	90	10,0
4 a 7 anos	267	29,7
8 a 11 anos	308	34,3
12 anos ou mais	62	6,9
Em branco/ Ignorado	151	16,8
Ocupação		
Dona de casa	305	33,9
Empregada doméstica	93	10,3
Estudante	70	7,8
Desempregado	44	4,9
Outros	273	30,4
Em branco/ Ignorado	114	12,7

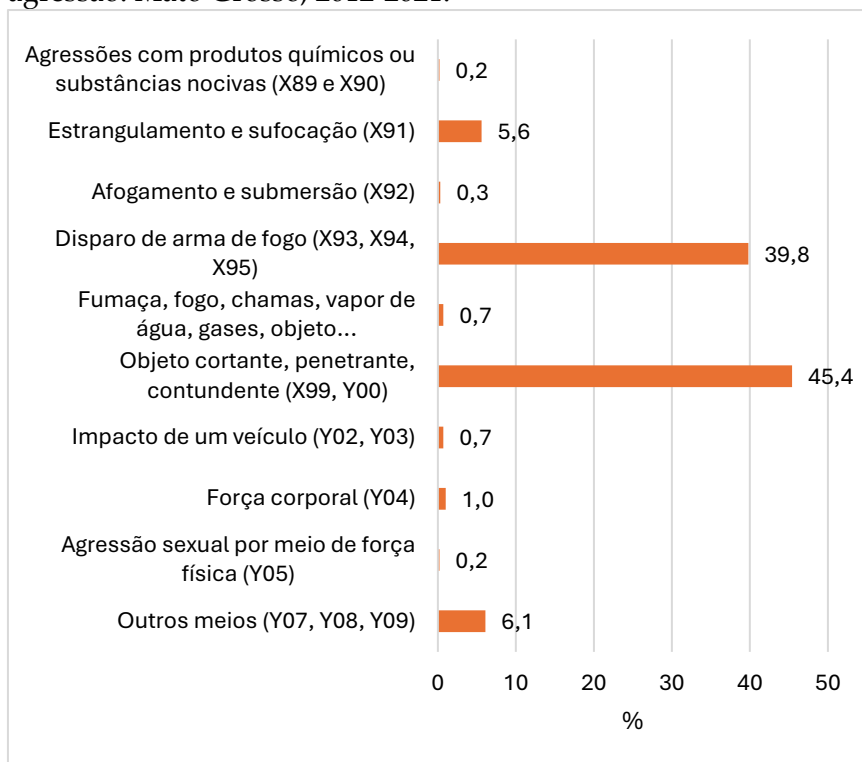
Quanto as características da violência que levou a mulher ao óbito, foram analisados, além do ano do óbito (apresentado anteriormente), o local de ocorrência e o meio de agressão. O local de ocorrência onde os óbitos aconteceram com maior frequência é o domicílio da própria vítima (36,2%), seguido de via pública (21,0%). Ocorreram 196 óbitos (21,8%) em outros locais. (Figura 2).

Figura 2 – Número de óbitos (absoluto e proporção) de mulheres por agressão, segundo local de ocorrência dos Mato Grosso 2012-2021.



Em 85,2% das mortes o meio utilizado foi objeto cortante, penetrante, contundente (45,4%) e arma de fogo (39,8%) (Figura 3).

Figura 3 – Proporção de óbitos de mulheres segundo meios de agressão. Mato Grosso, 2012-2021.



Discussão

Os resultados deste estudo evidenciaram altas taxas de mortalidade por agressões em mulheres residentes em Mato Grosso entre 2012 e 2021, que variaram de 6,3 a 10,4/100.000 mulheres, com maiores proporções em mulheres jovens, de raça/cor parda ou preta, sem companheiro e menor escolaridade. Ademais, o domicílio foi o local mais frequente do óbito, e o uso de objetos cortantes ou armas de fogo, os principais meios de agressão.

A região Centro-Oeste apresentou, entre 1980 e 2014, uma taxa de 7,98 óbitos/100.000 mulheres (Souza *et al.*, 2017) superior ao revelado para o Mato Grosso nos anos analisados. Entretanto, os

resultados apontam alta taxa ao comparar com outras regiões, como Sudeste (4,78), Norte (4,77) e Sul (3,82) e com o Brasil (5,13/100.000 mulheres (Cerqueira, 2021).

Grande parte dos dados aqui apresentados sofreram algumas mudanças com o passar do tempo e estão aumentando, pois, a taxa de mortalidade em Mato Grosso registrou 5,37 óbitos a cada 100 mil mulheres (de 2012-2019), enquanto, em 2021, registrou, no primeiro semestre, 6,59 óbitos a cada 100 mil mulheres (SESP-MT, 2021). Segundo uma pesquisa do Datafolha (2021), 24,4% das mulheres entrevistadas, acima de 16 anos, alegou que sofreu agressão durante a pandemia de Covid-19. Quando comparado, no mesmo estudo, o número de mulheres que sofreu violência dentro de casa subiu de 43% para 49%. Dentro disso, 70% dos casos de violência eram cometidos por parceiros ou ex-parceiros íntimos da vítima.

Pinto *et al.* (2021), no Brasil, afirmam que 25,9% das mulheres vítimas de violências tinham entre 15 e 29 anos, resultados semelhantes ao deste estudo, indicando o predomínio de mulheres jovens.

Corroborando com esses estudos, outros apontam a maior mortalidade por violência em mulheres negras (Bandeira, 2014; Pinto *et al.*, 2021).

Os resultados aportados são reflexos das desigualdades, baseadas no sexo, constituindo as relações hierárquicas de gênero – fator que se inicia desde o berço. O machismo é utilizado como uma forma de violência e o racismo, para desmoralizar as mulheres negras. Por conta do pensamento colonial, a mulher negra é vista como alguém cuja moral é duvidosa, hipersexualizada, erotizada, tida como um objeto (Machado; Magalhães, 1998).

A literatura revela que a maioria das mulheres que foram mortas possuíam vínculos com o agressor tal qual ex-cônjuge e ex-namorado. Fato que sugere relação de poder entre um homem e uma mulher, fator potencializado pela hiper-ritualização das relações de gênero (Gestaldo, 2008). Além disso, o uso nocivo e crônico do álcool por homens é um fator que também explica a violência

cometida por homens, pois estes agem de forma violenta e agressiva com suas parceiras (Almeida *et al.*, 2008).

Neste estudo foi evidenciado a baixa escolaridade das vítimas. Segundo um estudo de Orellana *et al.* (2019), uma explicação para o perfil de mulheres que sofrem violências e que possuem um grau de escolaridade baixo, estaria relacionado ao fato de que, mulheres com maior escolaridade reagem à abusos verbais, psicológicos e físicos com maior frequência. Além disso, essas mulheres têm dificuldade de continuar estudando, pois muitas vezes precisam assumir a chefia e o sustento da família, emprego informal refletindo numa situação de vulnerabilidade (Silva; Oliveira, 2015).

A ocupação das vítimas — domésticas ou dona de casa —, expressa a dependência financeira que as mulheres têm de seus parceiros, considerado como um fator de risco à saúde mulher, pois estas tornam-se vulneráveis (Meira *et al.*, 2021).

O fácil acesso à arma de fogo contribui para o número de mortes violentas contra as mulheres e, portanto, esse continua a ser o principal meio de agressão que leva mulheres ao óbito. Ainda com relação ao Centro-Oeste e dados dos estudos de Souza *et al.* (2017), 46,8% das mulheres foram mortas por armas de fogo durante os períodos de 2009 a 2019, enquanto os dados aqui trazidos, arma de fogo aparece na segunda colocação com 39,8%, ou seja, a forma pela qual elas foram mortas se diferencia, apesar de os números percentuais serem bem parecidos – com uma queda de aproximadamente 7% na morte por armas de fogo. Dentre esses traumas e violências que acometem as mulheres, os tipos de agressões que levam ao óbito podem ser diversos. Dentre os tipos de agressões, duas são os principais tipos, totalizando 85,2% das causas das mortes por violências contra mulheres. Objeto cortante, penetrante, contundente são os primeiros com 45,4%, em seguida vem disparo de arma de fogo com 39,8%.

Conclusão

A violência se mantém como importante causa de mortalidade entre as mulheres residentes em Mato Grosso, principalmente para as mais jovens, negras e com baixa escolaridade. O uso da arma de fogo é reflexo do não controle sobre esse potencial instrumento para a mortalidade por violências. Enseja-se que esses resultados aportados nesse estudo possam contribuir para o enfrentamento da violência contra mulher e subsidiar novas pesquisas.

Referências

ALMEIDA, R. M. M.; PASA, G. G.; CHEFFER, M. Álcool e Violência em Homens e Mulheres. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 22, n. 2, p. 252-260, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/prc/a/VQsmw95TxXFRnPPYqJxDHjs/?format=pdf&lang=pt>.

BANDEIRA, L. M. Violência de gênero: a construção de um campo teórico e de investigação. **Sociedade e Estado**, v. 29, n. 2, p. 449-469, 2014.

BRASIL. **Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006**. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do §8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm.

CERQUEIRA, D. *et al.* **Atlas da Violência 2021**. São Paulo: FBSP, 2021.

ANUÁRIO BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Fórum Brasileiro de Segurança Pública**, v. 14, 2020. 2021.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA / DATAFOLHA. **Visível e invisível: a vitimização de mulheres no Brasil 3ª edição** – 2021. Acesso em: 12 mai. 2022.

GESTALDO, E. Goffman e as relações de poder na vida cotidiana. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 23, n. 68, p. 149-153, 2008 Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbcsoc/a/GSnnXYtjYwVXYpLLkDWRW4w/?format=html&lang=pt>.

LIMA, C. M.; SANTOS N. M. Impactos psicológicos causados pela violência doméstica: Revisão integrativa de literatura. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 14, 2022.

MACHADO, L. Z.; MAGALHÃES, M. T. B. **Violência Conjugal: os espelhos e as marcas**. Brasília: EDUnB, 1998.

MASCARENHAS, M. D. M. *et al.* Análise das notificações de violência por parceiro íntimo contra mulheres, Brasil, 2011-2017. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, Suppl 01, 2020.

MEIRA, K. C. *et al.* Efeitos temporais das estimativas de mortalidade corrigidas de homicídios femininos na Região Nordeste do Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 37, n. 2, 2021.

MINAYO, M.C.S. A difícil e lenta entrada da violência na agenda do setor saúde. Editorial. **Cad Saúde Pública**, v. 20, n. 3, p. 646-647, 2004.

ONU News. **Comissão da ONU diz que África do Sul falha no combate da violência a mulheres**. 17 maio 2021. Disponível em: <https://news.un.org/pt/story/2021/05/1750862>. Acesso em: 2 jul. 2022.

OPAS – Organização Pan-americana de Saúde. **Violência contra as mulheres**. 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topics/violence-against-women#:~:text=As%20Na%C3%A7%C3%B5es%20Unidas%20definem%20a,em%20vida%20p%C3%BAblica%20ou%20privada%22>. Acesso em: 28 jun. 2022.

ORELLANA, J. D. Y. *et al.* Violência urbana e fatores de risco relacionados ao feminicídio em contexto amazônico brasileiro. **Cad Saúde Pública**, v. 35, n. 8, 2019.

PINTO, I.V. *et al.* Fatores associados ao óbito de mulheres com notificação de violência por parceiro íntimo no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 3, p. 975- 985, 2021.

SILVA, L. E. L.; OLIVEIRA, M. L. C. Violência contra a mulher: revisão sistemática da produção científica nacional no período de 2009 a 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2015.

SOUZA, E. R. *et al.* Homicídios de mulheres nas distintas regiões brasileiras nos últimos 35 anos: análise do efeito da idade-período e coorte de nascimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 9, p. 2949-2962, 2017.

SUNDE, R.M.; SUNDE, L.M.C.; ESTEVES, L.F. Feminicídio durante a pandemia da Covid-19. **Oikos: Família e Sociedade em Debate**, Viçosa, v. 32, n. 1, p. 55-73, 2021.

WHO - World Health Organization. **Covid-19 and violence against women**: what the health sector/system can do. Geneva: World Health Organization; 2020.

Capítulo 5

Sífilis congênita em Cuiabá-Mato Grosso: Análise dos casos notificados, 2014 a 2023

Márcia Cristina Garcia
Ligia Regina de Oliveira

Introdução

A sífilis é uma infecção causada pela bactéria *Treponema pallidum*, sexualmente transmissível e considerada de fácil prevenção e tratamento. Contudo, apresenta alta incidência, ampla variedade de manifestações sistêmicas e tem sido alvo de controle e eliminação pela Organização Mundial de Saúde (Klausner, 2011; Silveira *et al.*, 2019, WHO, 2024).

O aumento de infecções por sífilis observado ao longo dos anos no mundo, pode ser atribuído a múltiplos fatores, dentre eles: a falta de conscientização sobre a doença, as desigualdades no acesso aos serviços de saúde, as dificuldades no diagnóstico e no tratamento precoce, além do estigma persistente em torno das infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), o que muitas vezes desencoraja as pessoas a procurar assistência médica (WHO, 2024).

Em todo o mundo, o número de novos casos de sífilis em adultos de 15 a 49 anos aumentou de 7,1 milhões em 2020 para 8,0 milhões em 2022, enquanto nas regiões das Américas, o aumento foi de 30% (WHO, 2024). Em 2022, a taxa de sífilis congênita foi de 5,23 por 1.000 nascidos vivos, representando 10 vezes o limite de eliminação da transmissão vertical da sífilis estabelecido pela OMS (0,5 por 1.000 nascimentos vivos) (OMS, 2022; 2024).

Segunda principal causa evitável de natimortos no mundo, a sífilis congênita se dá por via de transmissão transplacentária da gestante para seu feto devido à falta de tratamento ou tratamento

inadequado das gestantes com sífilis (Brasil, 2020; WHO, 2024). No entanto, o feto pode ser protegido se a mãe for tratada corretamente ainda nos primeiros meses de gestação, preferencialmente antes do segundo trimestre (WHO, 2024).

A sífilis congênita, pode causar sérias complicações ao desenvolvimento fetal quando a doença não é identificada e tratada precocemente e mesmo que não tenha sido diagnosticada durante a gestação ou no momento do nascimento, pode apresentar sinais e sintomas compatíveis ao longo do seu desenvolvimento (Brasil, 2024). São altamente recomendadas a busca ativa de sinais e sintomas referente às manifestações precoces de sífilis congênita a cada retorno na puericultura, além da vigilância quanto ao desenvolvimento neuropsicomotor (Brasil, 2020; 2021).

No Brasil, a sífilis congênita tornou-se uma doença de notificação compulsória para fins de vigilância epidemiológica por meio da Portaria nº 542 de 22 de dezembro de 1986 (Brasil, 1986; Brasil, 2021). A notificação compulsória, a investigação, o tratamento adequado dos casos e a adoção de medidas para a prevenção de novos casos contribuem para a redução no número de casos e a eliminação da doença (OPAS, 2019).

Em 2020, foram registrados, no país, 22.065 casos de sífilis congênita com a taxa de incidência de 7,7/1.000 nascidos vivos (Brasil, 2021) aumentando em 2023 para 9,9/1.000 nascidos vivos. Em Mato Grosso, em 2020, foram a taxa de incidência foi 2,7/1.000 nascidos vivos e, em Cuiabá, 5,0/1.000 nascidos vivos, correspondendo a 12,0% dos casos do estado (PMC, 2022a).

Considerando esse contexto, e levando em conta diversos fatores como o interesse da comunidade, a frequência da doença, sua gravidade, o risco de epidemias e a possibilidade de prevenção, a sífilis congênita se configura como uma questão relevante de saúde pública, exigindo atenção especial nas políticas públicas, com o propósito de reduzir tanto a ocorrência dos casos quanto os danos que pode provocar. O município de Cuiabá estabeleceu como meta, para 2023, o número máximo de 15 casos notificados de sífilis congênita (PMC, 2022b). Neste sentido, o objetivo deste

estudo foi descrever o perfil epidemiológico dos casos confirmados de sífilis congênita em residentes no município de Cuiabá, Mato Grosso, no período de 2014 a 2023.

Métodos

Estudo descritivo de casos de sífilis congênita de residentes em Cuiabá-MT no período de 2014 a 2023, registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), disponível no site TabNet/DATASUS/Ministério da Saúde (<https://datasus.saude.gov.br/home/tabnet/>). Considerou-se casos de sífilis congênita: sífilis congênita recente; sífilis congênita tardia e natimorto/aborto por sífilis.

Foram selecionadas as variáveis de interesse contidas na Ficha de Notificação/Investigação de Sífilis Congênita (http://www.portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/Sifilis-Con/Sifilis_Congenita.pdf): 1) Variáveis da criança: Sexo; Faixa etária (0 a 6 dias; 7 a 27 dias; 28 a 364 dias), Raça/cor (Branca; Preta; Parda; Amarela; Indígena); 2) Variáveis sociodemográficas da mãe: Idade (15-19; 20-24; 25-29; 30-34; 35-44 anos); Escolaridade (anos); 3) Variáveis obstétricas e clínicas: Realizou pré-natal nesta gestação (Sim, Não); Diagnóstico da sífilis materna (Durante o pré-natal; No momento do parto/curetagem; Após o parto; Não realizado).

Os dados sobre o número de nascidos vivos, para fins do cálculo da taxa de incidência de sífilis congênita, foram obtidos a partir do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), disponíveis no TabNet/DATASUS/ Ministério da Saúde.

Foi realizada análise descritiva mediante distribuição de frequências relativas das variáveis selecionadas. Para os cálculos de percentuais foram excluídos do total os casos ignorados para cada variável. Para o cálculo da taxa de incidência o numerador foi composto pelo número de casos notificados de sífilis congênita em residentes no Município de Cuiabá, e o denominador pelo número de nascidos vivos de mães residentes em Cuiabá multiplicado por 1.000 e para a taxa por faixa etária foi considerado, no numerador, o número de casos em cada faixa etária 0 a 6 dias; 7 a 27 dias; 28 a

364 dias. Foi utilizado o programa Excel para Windows a fim de efetuar os cálculos e elaborar gráficos e tabelas.

O estudo dispensa apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa por tratar-se de dados secundários oriundos do SINAN e SINASC, disponíveis para consulta pública, conforme preconiza a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html).

Resultados

Entre 2014 e 2023, foram notificados 429 casos confirmados de sífilis congênita em residentes no município de Cuiabá. A taxa de incidência diminuiu ao longo dos anos, passando de 6,3 casos por mil nascidos vivos em 2012 para 3,6 casos em 2023 (Figura 1). Entretanto, foram observadas grandes variações ao longo do período, com as maiores taxas nos anos de 2015 (7,3/1.000 nascidos vivos) e 2014 (6,3/1.000 nascidos vivos), os dois primeiros anos de estudo e 2017 (6,1/1.000 nascidos vivos).

Figura 1 - Taxa de incidência por sífilis congênita (1.000 nascidos vivos) segundo ano de diagnóstico. Cuiabá, 2014 a 2023.



As maiores taxas de incidência de sífilis congênita foram observadas nos primeiros seis dias de vida, com redução ao longo dos anos, passando de 6,0/1.000 nascidos vivos em 2014 para 3,0/1.000 nascidos vivos em 2023. Observou-se que a proporção de casos de sífilis congênita entre os sexos foi semelhante ao longo dos anos. Somente em quatro anos o percentual foi mais elevado no sexo feminino e em todos os demais anos, prevaleceu o sexo masculino, com mais da metade dos casos notificados.

A maioria dos casos de sífilis congênita foi identificada em filhos(as) de mulheres de cor parda. Chama atenção o fato de só terem sido registrados casos em indígenas no ano de 2018 e registro na raça/cor amarela somente nos anos de 2015 e 2020 (Tabela 1). Nos dez anos do estudo, 90,0% dos casos ocorreram em crianças de raça/cor negra (parda + preta).

Tabela 1 - Percentual* de casos notificados de sífilis congênita segundo raça/cor e ano de diagnóstico. Cuiabá, 2014 a 2023.

Ano diagnóstico	Raça/Cor				
	Branca	Preta	Amarela	Parda	Indígena
2014	10,9	-	-	89,1	-
2015	5,4	4,1	1,4	89,2	-
2016	8,8	2,9	-	88,2	-
2017	3,4	3,4	-	93,1	-
2018	16,7	4,2	-	75,0	4,2
2019	-	11,1	-	88,9	-
2020	6,7	6,7	6,7	80,0	-
2021	25,0	-	-	75,0	-
2022	8,3	-	-	91,7	-
2023	26,1	-	-	73,9	-
Total	9,1	3,0	0,6	87,0	0,3

*Calculado excluindo os dados ignorados.

Percentual de raça/cor ignorada foi 23,1% no período, variando de 67,4% (2020) a 4,5% (2014).

Observa-se que a maior frequência de casos de sífilis congênita foi em mães na faixa etária de 20 a 24 anos (33,9%), variando de 19,7% em 2014 a 44,1% em 2017 (Tabela 2). Nota-se ainda a redução percentual, ao longo dos anos, dos casos notificados em adolescentes de 15 a 19 anos, entretanto, essa faixa etária representou 1/5 dos casos no período estudado, com percentual médio superior aos grupos de 30 a 34 anos e 35 a 44 anos.

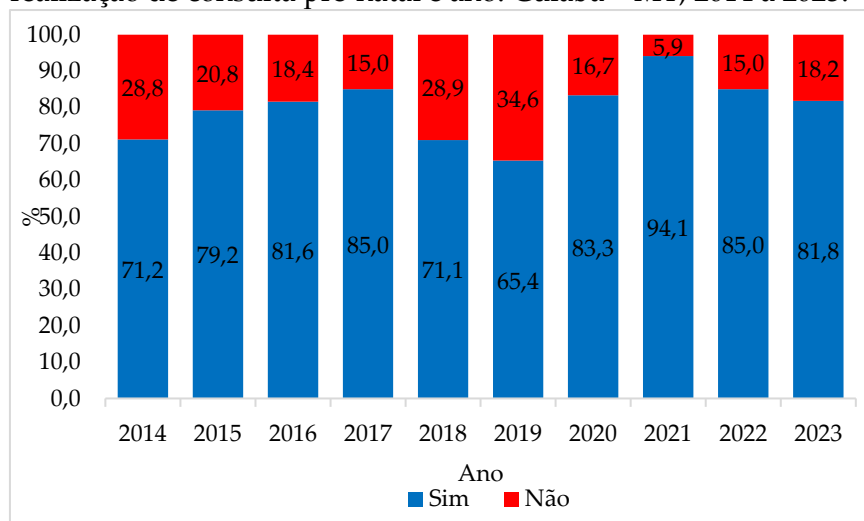
A maioria das mães tinha mais de nove anos de escolaridade com índices menores no início do período estudado, variando de 44,8% (2014) a 100,0 (2022). Contudo, cabe destacar que mães com nível superior (12 anos e mais) representaram somente 1,4% do total.

Tabela 2 - Percentual de casos de sífilis congênita segundo faixa etária da mãe e ano. Cuiabá – MT, 2014 a 2023.

Ano diagnóstico	Faixa etária da mãe (anos)				
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-44
2014	22,7	19,7	25,8	16,7	15,2
2015	20,8	33,8	23,4	15,6	6,5
2016	24,3	40,5	21,6	5,4	8,1
2017	30,5	44,1	16,9	5,1	3,4
2018	11,1	36,1	33,3	19,4	-
2019	11,5	34,6	38,5	11,5	3,8
2020	20,5	38,6	13,6	22,7	4,5
2021	23,5	29,4	41,2	5,9	-
2022	17,6	29,4	29,4	5,9	17,6
2023	11,8	32,4	23,5	26,5	5,9
Total	20,6	33,9	24,5	14,3	6,8

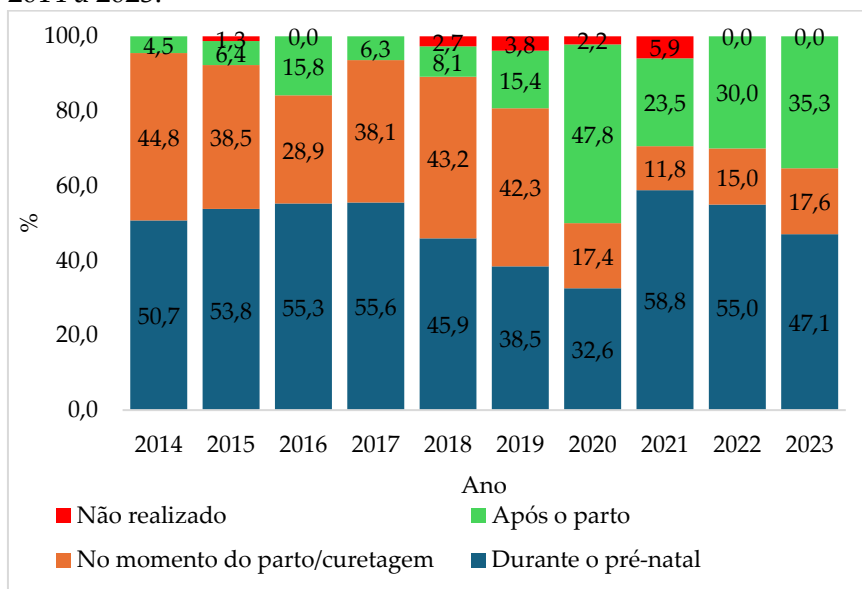
A maioria das mães realizou o pré-natal ao longo de todo o período analisado, com maior frequência em 2021 (94,1%), evidenciando o acompanhamento pré-natal entre as gestantes (Figura 2).

Figura 2 - Percentual de casos de sífilis congênita segundo realização de consulta pré-natal e ano. Cuiabá – MT, 2014 a 2023.



Quanto ao diagnóstico de sífilis na gestação, ao longo dos anos, cerca da metade das gestantes foi diagnosticada durante o acompanhamento pré-natal, porém, o percentual de diagnóstico no momento do parto/curetagem foi alto em vários anos da série. Observou-se ainda que, em 2020, a maior parte dos diagnósticos ocorreu após o parto (47,8%). Nos últimos quatro anos do período estudado, os percentuais de diagnósticos ocorridos pós-parto são elevados quando comparado com os demais anos (Figura 3).

Figura 3 - Percentual de casos de sífilis congênita segundo momento de diagnóstico da sífilis materna e ano. Cuiabá – MT, 2014 a 2023.



Discussão

Entre 2014 e 2023 foram notificados 429 casos de sífilis congênita em Cuiabá. Este estudo identificou uma diminuição na taxa de incidência de sífilis congênita no município de Cuiabá no período, diferentemente do comportamento das taxas do Brasil, que mostra crescimento ao longo desses anos, alcançando, em 2023, 9,9 casos/1.000 nascidos vivos (Brasil, 2025). Contudo, os resultados apontados neste estudo estão muito distantes do preconizado para os países das Américas, cuja meta é de 0,5 casos/1.000 nascidos vivos (OMS, 2022). Padrão semelhante ao verificado em Cuiabá foi observado em pesquisa realizada em municípios do estado de São Paulo, que constatou uma redução entre 2017 e 2018 (de 15,2 para 6,9/1.000 nascidos vivos), bem como entre 2020 e 2021 (de 17,6 para 11,9/1.000 nascidos vivos) (Alves *et al.*, 2024).

A baixa incidência de sífilis congênita para Cuiabá, quando comparada à sífilis do Brasil (Brasil, 2025), pode, à primeira vista, parecer um bom sinal de sucesso nas políticas de saúde pública e prevenção. No entanto, é importante considerar que uma incidência baixa também pode estar associada a possível subnotificação, com casos não identificados, registrados ou tratados adequadamente. É importante que o sistema de saúde continue vigilante, investindo em rastreamento, diagnóstico precoce e educação, mesmo em contextos de baixa incidência, para evitar o risco de aumento futuro da doença (Patel; Klinger, 2012; Costa *et al.*, 2017; Santos *et al.*, 2021).

A maior frequência de sífilis congênita ocorreu em crianças negras (raça/cor parda e preta), o que corrobora estudos realizados na região Nordeste que de 61.749 casos notificados, 70,96% ocorreram em crianças de cor parda (Matos *et al.*, 2013). Na Bahia, 62,93% dos casos foram registrados em indivíduos pardos e 6,34% em mulheres negras (Oliveira *et al.*, 2023). Esse padrão pode estar relacionado à maior vulnerabilidade social de mulheres negras e pardas no Brasil, que frequentemente residem em áreas com cobertura limitada da Atenção Primária à Saúde (APS), o que dificulta o acesso a serviços de saúde. Além disso, a eficácia limitada das políticas públicas de saúde materna no enfrentamento das desigualdades étnico-raciais contribui para esses índices elevados. Esses dados ressaltam a necessidade de estratégias direcionadas para reduzir a incidência de sífilis congênita, especialmente entre mulheres de raça/cor parda, com foco no acesso igualitário à educação e aos serviços de saúde (Ribeiro *et al.*, 2020; Nascimento *et al.*, 2021; Silva *et al.*, 2025). Contudo, a distribuição percentual dos casos por raça/cor deve ser analisada com cautela, haja vista a distribuição da população geral segundo raça/cor nas diferentes localidades brasileiras. Segundo o censo de 2022, a população parda é a maioria no país, representando 45,3% da população brasileira e a população preta, 10,2% assim como em Cuiabá, que essas populações corresponderam a 54,9% e 13,6% respectivamente (IBGE, 2022).

A predominância da faixa etária de mulheres em idade fértil (20 a 29 anos) corrobora alguns estudos realizados no Brasil, como em Mato Grosso (Guenkka *et al.*, 2023), Teresina-Pi (Pereira *et al.*, 2023a); Rio de Janeiro (Pereira *et al.*, 2023b); Maranhão (Conceição *et al.*, 2019) e Santa Catarina (Onofre *et al.*, 2024), os quais demonstram a necessidade de estratégias específicas de prevenção e cuidado pré-natal direcionadas a gestantes jovens, além de educação sexual voltada ao público jovem visando reduzir a transmissão vertical da sífilis (Brasil, 2021). Chama atenção, neste estudo, o alto percentual de sífilis congênita de mães adolescentes, sugerindo dificuldade de acesso ao pré-natal e ao diagnóstico precoce neste grupo etário, além de fragilidades nos programas de planejamento familiar, tendo em vista a ocorrência de gestação na adolescência. Dados do Brasil, corroboram os resultados deste estudo referente a faixa etária da mãe e mostram que as adolescentes são o segundo grupo maior entre os grupos populacionais, representando 1/5 dos casos notificados em 2021 (Brasil, 2022).

Neste estudo observou-se uma maior incidência de sífilis congênita em filhos(as) de mulheres com escolaridade superior a 9 anos de estudo, embora o número de mulheres com nível superior (12 anos e mais de estudo) foi bastante reduzido. Esses achados estão em consonância com outros estudos, que também identificaram uma predominância de mulheres com maior nível educacional (Almeida *et al.*, 2009; Lafetá *et al.*, 2016). Isso reforça que a sífilis, assim como outras infecções sexualmente transmissíveis, não afeta exclusivamente grupos de risco específicos, reforçando a importância da prevenção para toda a população (Almeida *et al.*, 2020; Brasil, 2020).

Evidenciou-se ainda que a maioria das gestantes realizou o acompanhamento pré-natal e somente metade recebeu o diagnóstico durante essa fase. Um estudo conduzido no estado de Mato Grosso entre 2012 e 2018 indicou que 81,48% das mães com sífilis congênita realizaram o pré-natal. Outros estudos revelaram predomínio das mulheres com acompanhamento pré-natal (Conceição *et al.*, 2019; Holztrattner *et al.*, 2019; Tomaz, 2020; Brasil, 2022, Guenkka *et al.*,

2023; Onofre *et al.*, 2024). Apesar desses estudos indicarem que a maioria das gestantes realiza o pré-natal, é importante ressaltar que a realização do pré-natal, por si só, não assegura a prevenção da sífilis congênita. Para que haja efetividade, é fundamental que o acompanhamento inclua a realização de testes sorológicos adequados, diagnóstico precoce e tratamento eficaz tanto para a gestante quanto para seu parceiro (Brasil, 2016; Duarte *et al.*, 2018; Oliveira *et al.*, 2020; Santos *et al.*, 2021). Neste sentido, este estudo revelou alto índice de diagnóstico de sífilis congênita durante o parto e, principalmente depois de 2020, após o parto. Esse achado sugere fragilidades no sistema de saúde de Cuiabá que podem influenciar na detecção precoce da doença. Entre os fatores que podem contribuir para essas dificuldades estão a implementação inadequada dos protocolos de rastreamento, barreiras no acesso ao pré-natal de qualidade e a falta ou atraso na realização de testes essenciais durante a gestação (Brasil, 2020; Ramos Jr, 2022).

A qualidade da informação das fichas de notificação, dada pela subnotificação ou completude dos dados, pode ser considerada uma limitação do presente estudo. O reduzido número de casos da doença registrados no período de dez anos no município de Cuiabá, quando comparado ao país, sugere subnotificação. Além disso, algumas variáveis apresentaram campos em branco/ignorados, o que dificultou uma análise mais qualificada. É preciso ressaltar que o elevado percentual de casos com informação ignorada afeta sobremaneira a análise dos resultados. O preenchimento completo das fichas de notificação é essencial para que os municípios possam conhecer o perfil socioepidemiológico da população e, assim, desenvolver ações e estratégias eficazes para assegurar o tratamento e a prevenção adequados às necessidades locais. Entretanto, mesmo reconhecendo a fragilidade das informações geradas por algumas variáveis, como raça/cor e escolaridade, neste estudo optou-se por apresentar a análise dessas objetivando evidenciar imprecisões no sistema de notificação que precisam ser aprimoradas.

Conclusão

Este estudo permitiu compreender melhor o panorama da sífilis congênita no município de Cuiabá, identificando fatores-chave relacionados à sua incidência e diagnóstico. Observou-se que, apesar da diminuição na taxa de incidência ao longo do período, a doença ainda apresenta valores alarmantes, especialmente entre grupos vulneráveis. O estudo ainda revelou que a qualidade do dado permanece ruim.

Recomenda-se o fortalecimento de estratégias de rastreamento, especialmente em áreas com maior vulnerabilidade social, e o aprimoramento do acompanhamento pré-natal, com foco na educação, no diagnóstico e tratamento eficaz. Também é fundamental buscar mecanismos para o aprimoramento do preenchimento das fichas de notificação.

Os resultados reforçam que o investimento contínuo em políticas públicas que visem a equidade no acesso à saúde e a qualidade da atenção é essencial para a eliminação da sífilis congênita em Cuiabá.

Referências

ALMEIDA, K. C.; LINDOLFO, L. C.; ALCÂNTARA, K. C. Sífilis em gestantes atendidas em uma unidade de saúde pública de Anápolis, Goiás, Brasil. **Rev. Bras. Anal. Clin.**, v. 41, n. 3, p. 181-184, 2009.

ALMEIDA, S. M.; SILVA, F. L.; LIMA, T. G. R. A. *et al.* Sífilis e a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis: uma revisão da literatura. **Rev. Bras. Saúde Pública**, v. 54, p. 1-10, 2020. DOI: 10.1590/S1518-8787.202005040023.

ALVES, L. R. M. *et al.* Perfil epidemiológico da sífilis congênita no município de Taubaté no período de 2013 a 2022. BEPA. Boletim

Epidemiológico Paulista, São Paulo, v. 21, p. e41438, 2024. DOI: 10.57148/bepa.2024.v.21.41438. Disponível em: <https://periodicos.sau.de.sp.gov.br/BEPA182/article/view/41438>. Acesso em: 29 dez. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico Especial – Sífilis 2021. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.** Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2021/sifilis/boletim_sifilis_2021_internet.pdf/view. Acesso em: 17 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico de Sífilis 2022. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.** Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2022/boletim-epidemiologico-de-sifilis-numero-especial-out-2022/view>. Acesso em: 30 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico de Sífilis 2024. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Ministério da Saúde, out. 2024.** Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2024/boletim_sifilis_2024_e.pdf/view. Acesso em: 26 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).** Brasília, DF, 1998a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.472, de 31 de agosto de 2010.** Estabelece a notificação de sífilis adquirida. Brasília, DF, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 33, de 14 de julho de 2005.** Institui a notificação de sífilis em gestantes. Brasília, DF, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 542, de 22 de dezembro de 1986.** Dispõe sobre a notificação compulsória de sífilis congênita. Brasília, DF, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Sífilis.** Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo de Manejo Clínico da Sífilis - Rede Cegonha**. Brasília, 2016. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>. Acesso em: 29 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções. Boletim Epidemiológico de Sífilis**. n. 1, Brasília, DF, 2020a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_saude_volume13.pdf Acesso em: 17 ago. 2024.

CONCEIÇÃO, H. N.; CÂMARA, J. T.; PEREIRA, B. M. Análise epidemiológica e espacial dos casos de sífilis gestacional e congênita. **Saúde Debate**, v. 43, n. 123, p. 1145–1158, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912313>.

COSTA, C. A.; SILVA, R. M.; SOUZA, R. A. Sífilis Congênita e a Subnotificação no Brasil: Um Estudo de Caso. **Cad. Saúde Pública**, v. 51, n. 2, p. 210–218, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2017010206259>.

DUARTE, G. *et al.* Sífilis congênita: diagnóstico, tratamento e prevenção. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 40, n. 2, p. 80-88, 2018.

GUENKKA, T. M.; MARTINELLI, N. L.; SOUSA, N. F. S. Perfil epidemiológico de sífilis gestacional e congênita em uma região de fronteira do estado de Mato Grosso, entre 2012 e 2018. **Brazilian J. Health Rev.**, v. 6, n. 4, p. 14358–14374, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.34119/bjhrv6n4-031>.

HOLZTRATTNER, J. S. *et al.* Sífilis congênita: realização do pré-natal e tratamento da gestante e de seu parceiro. **Cogitare Enferm.**, v. 24, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.5380/ce.v24i0.59316>.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico**, 2022. Brasília, 2022.

KLAUSNER, J. D.; HOOK III, E. W. Doenças sexualmente transmissíveis: **Current diagnóstico e tratamento**. Rio de Janeiro: Revinter, 2011. 246 p.

LAFETÁ, K. R. G.; MARTELLI JÚNIOR, H.; SILVEIRA, M. F.; PARANAÍBA, L. M. R. Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. **Rev. Bras. epidemiol.**, v. 19, n. 1, p. 0006, jan.-mar. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201600010006>.

MATOS, P. M. F. *et al.* Perfil epidemiológico dos casos de sífilis congênita na Região Nordeste do Brasil entre 2010 a 2021. **Revista FT**, v. 27, ed. 127, out. 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.5281/zenodo.10063431>.

NASCIMENTO, M. M. *et al.* Desigualdades étnico-raciais na saúde materna e infantil: desafios para a redução das taxas de sífilis congênita no Brasil. **Rev. Bras. Saúde Materno Infantil**, v. 21, n. 4, p. 507–518, 2021.

OLIVEIRA, K. S.; SANTOS, M. A. dos. Perfil dos casos de sífilis congênita notificados na Bahia entre 2012 e 2022. **Revista FT**, v. 27, ed. 123, jun. 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.5281/zenodo.8066727>.

OMS – Organização Mundial da Saúde. **Estratégias globais do setor da saúde sobre, respetivamente, VIH, hepatite viral e infeções sexualmente transmissíveis para o período 2022-2030**. WHO, 2022. 18 jul. 2022. Estratégia global.

ONOFRE, C. E.; MUNARI, T. B.; MIRANDA, V. I. A. Análise da situação da incidência de sífilis congênita e perfil epidemiológico materno em Santa Catarina entre 2020 e 2021. **Rev. de Medicina**, São Paulo, v. 103, n. 4, p. e-216663, 2024. Disponível em: [10.11606/issn.1679-9836.v103i4e-216663](https://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v103i4e-216663).

OPAS. **A cada dia, há 1 milhão de novos casos de infecções sexualmente transmissíveis curáveis**. Organização Pan-Americana da Saúde, 2019. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/6->

6-2019-cada-dia-ha-1-milhao-novos-casos-infeccoes-sexualmente-transmissiveis-curaveis. Acesso em: 01 out. 2023.

PATEL, R.; KLINGER, R. Prevention of congenital syphilis: a public health challenge. **Am. J. Public Health**, v. 102, n. 7, p. 1201–1203, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.300711>.

PEREIRA, P. S. L. *et al.* Prevalência e associação de sífilis congênita em capital do Nordeste do Brasil. **Rev. Enferm. UFPE**, v. 17, e256006, 2023a. DOI: 10.5205/1981-8963.2023.256006.

PEREIRA, P. S. L. *et al.* Sífilis congênita: estudos alertam sobre casos da doença no estado do Rio de Janeiro. **Universidade Federal Fluminense**, 16 out. 2023b. Disponível em: <https://www.uff.br/16-10-2023/sifilis-congenita-estudos-alertam-sobre-casos-da-doenca-no-estado-do-rio-de-janeiro/>. Acesso em: 29 mar. 2025.

PMC - Prefeitura Municipal de Cuiabá (PMC). Secretaria Municipal de Saúde. Coordenadoria Técnica de Vigilância Epidemiológica. Boletim Epidemiológico Sífilis. 2022a.

PMC - Prefeitura Municipal de Cuiabá (PMC). Secretaria Municipal de Saúde. Assessoria de Planejamento e Gestão. Programação Anual de Saúde. 2022b. Acesso em: 25 set. 2024.

RAMOS J. R., A. N. Persistência da sífilis como desafio para a saúde pública no Brasil: o caminho é fortalecer o SUS, em defesa da democracia e da vida. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 38, p. PT069022, 16 mai. 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/HHKTNLdmXsxZwNYmPKsQkpC/>. Acesso em: 19 out. 2024.

RIBEIRO, J. M. *et al.* Acesso desigual aos serviços de saúde e a incidência de sífilis congênita: uma análise das desigualdades raciais no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 9, p. e00193719, 2020.

SANTOS, M. *et al.* Prevenção e manejo da sífilis congênita no contexto do pré-natal: desafios e estratégias para a eliminação da sífilis congênita. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 24, n. 4, p. 84-92, 2021.

SILVA, B. P. B. E. *et al.* Tendências temporais da taxa de incidência de sífilis na gestação e sífilis congênita em São Paulo, Brasil, 2011-2023. **Epidemiol. Serv. Saúde**, 27 jan. 2025, v. 33, e2024637.

Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S2237-96222024v33e2024637.pt>.

SILVEIRA, M. F. *et al.* Evolution towards the elimination of congenital syphilis in Latin America and the Caribbean: a multicountry analysis. **Rev. Panam. Salud Pública**, 15 mar. 2019, v. 43, n. 1. Disponível em: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/50480>.

TOMAZ, H. B. Avaliação da assistência pré-natal na prevenção da sífilis congênita. 2020. 32 f. Monografia (Graduação) – Universidade Federal do Tocantins, Palmas, 2020.

WHO – World Health Organization. **Implementing the global health sector strategies on HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections, 2022–2030: report on progress and gaps 2024**. Geneva: WHO, 2024. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240094925>. Acesso em: 25 set. 2024.

Capítulo 6

Cobertura vacinal da poliomielite no Brasil e em Mato Grosso no período de 2016 a 2022

Renata Vitoria Aparecida Santos

Noemi Dreyer Galvão

Flávio de Macêdo Evangelista

Rita Adriana Gomes de Souza

Introdução

A poliomielite é uma doença contagiosa e aguda causada por poliovírus, capaz de infectar tanto crianças quanto adultos, podendo resultar em casos graves com paralisia nos membros inferiores. A prevenção por meio da vacinação é a única abordagem eficaz. Recomenda-se que todas as crianças menores de cinco anos sejam vacinadas, uma vez que a poliomielite não possui cura ou tratamento específico (Brasil, 2023).

Em situações de contágio, a orientação é hospitalizar todas as vítimas, proporcionando um tratamento sintomático alinhado com o quadro clínico individual. As sequelas dessa doença são, geralmente, irreversíveis e predominantemente motoras, associadas à infecção da medula e do cérebro. A fisioterapia é indicada como tratamento, consistindo na realização de exercícios que fortalecem os músculos afetados, contribuindo para melhorar a postura, elevar a qualidade de vida e reduzir os efeitos das sequelas (Brasil, 2023).

Adicionalmente, pode ser recomendado o uso de medicamentos para aliviar dores musculares e articulares. A abordagem integrada, envolvendo vacinação, tratamento hospitalar e intervenções terapêuticas, é essencial para lidar eficazmente com a poliomielite,

ressaltando a importância da prevenção como estratégia-chave no controle dessa doença (Brasil, 2023).

Atualmente, cerca de 80% da população global é considerada livre da poliomielite. No entanto, alguns países continuam registrando casos da doença, representando riscos de disseminação internacional. Os países ainda infectados pelo poliovírus, e que constituem uma ameaça potencial, são Afeganistão, com detecção recente em 1º de janeiro de 2023; Malawi, com um caso registrado em 19 de novembro de 2021; Moçambique, com atividade do vírus identificada em 10 de agosto de 2022; e Paquistão, com a detecção mais recente, em 2 de janeiro de 2023 (GPEI, 2023; OPAS, 2023a).

A vacinação, um dos métodos mais eficazes na prevenção de mortes, destaca-se pelo excelente custo-benefício. A eficácia das estratégias de erradicação está intimamente vinculada à sua implementação abrangente, como evidenciado no Brasil, que efetivamente eliminou a doença em 1994. No entanto, persistindo a falta de implementação das estratégias, a transmissão do vírus pode se manter contínua, resultando em até 200 mil novos casos anuais em todo o mundo em um período de 10 anos (Ozawa, 2012; GPEI, 2023; OPAS, 2023a).

O Programa Nacional de Imunização (PNI) do Brasil é uma referência global na disponibilização universal de vacinas. Este programa desempenhou um papel fundamental na erradicação da poliomielite no país, contando com apoio midiático que mobilizou a população para a vacinação. A utilização de linguagem simples e persuasiva, veiculada por meio de diferentes meios como televisão, rádio, jornais, revistas, cartazes e panfletos, contribuiu, significativamente, para o aumento expressivo da cobertura vacinal infantil, desempenhando um papel crucial no controle de doenças preveníveis por imunização (Brasil, 2003; FIOCRUZ, 2022).

No entanto, nos últimos anos, a abrangência da vacinação oferecida pelo PNI contra a poliomielite tem diminuído, com uma redução de, aproximadamente, 10 a 33 pontos percentuais na cobertura vacinal, como indicado pelos dados de 2021 (OPAS, 2023b). A cobertura vacinal nacional que era de 89,27% em 1997,

apresentou uma diminuição para 61,32% em 2021, com decréscimo médio de 1,5% ao ano (Maciel *et al.*, 2023).

Em Mato Grosso, a média da cobertura vacinal contra a doença, considerando os anos de 2017 a 2021, foi de 83,1% (Brasil, 2022). Esses dados indicam uma tendência preocupante de declínio na cobertura vacinal, exigindo atenção e ações para reverter essa situação e garantir a proteção efetiva da população contra doenças preveníveis por vacinas.

Em 2023, o Ministério da Saúde, em colaboração com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), lançou o relatório "Situação Mundial da Infância 2023". Este relatório enfatizou a importância crucial de aumentar as taxas de vacinação, que diminuíram em 112 países no período de 2019 a 2021. No Brasil, durante esse período, 1,6 milhão de crianças ficaram desprotegidas, sem receber qualquer dose da vacina DTP (difteria, tétano e coqueluche), e a mesma quantidade não foi vacinada contra a poliomielite (OPAS, 2023b).

A cobertura vacinal assume papel crucial como indicador para monitorar o progresso dos programas de vacinação e avaliar a suscetibilidade da população. Portanto, a atenção contínua a estratégias de implementação e promoção da vacinação é imperativa para garantir resultados efetivos na prevenção de doenças e proteção da saúde global (UNILA, 2022).

Mas afinal, como está a cobertura vacinal da poliomielite no Brasil e em Mato Grosso? Houve uma redução na cobertura vacinal? O movimento antivacina e a hesitação vacinal têm colaborado para esse quadro? Tendo estas reflexões, objetivou-se, com este trabalho, descrever a cobertura vacinal da poliomielite nas regiões brasileiras e nas Regiões de Saúde de Mato Grosso, no período de 2016 a 2022.

Métodos

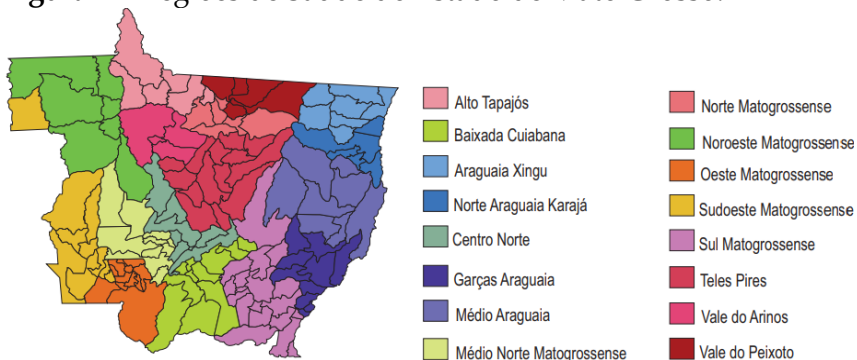
Trata-se de um estudo ecológico, em sua vertente descritiva, com a intenção de observar e descrever a cobertura vacinal da

poliomielite em diferentes regiões geográficas do Brasil e de Mato Grosso, no período de 2016 a 2022.

A população do estudo compreendeu crianças menores de um ano de idade. O escopo geográfico abrange tanto o Brasil, localizado na América Latina, quanto o estado de Mato Grosso, situado na Região Centro-Oeste do país. Segundo as últimas estimativas populacionais, produzidas pelo IBGE, no ano de 2021 havia 2.922.532 menores de um ano de idade no Brasil e 56.706 (1,94%) em Mato Grosso.

O Brasil, com uma vasta extensão territorial de aproximadamente 8,5 milhões de km² e uma população de cerca de 203.080.756 pessoas (dados de 2022), está dividido em cinco regiões distintas: Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul, abrangendo 26 estados e o Distrito Federal. Por sua vez, o estado de Mato Grosso apresenta uma área territorial de 903.207.050 km² (dados de 2022) e uma população estimada em 3.658.649 pessoas em 2022. O estado é composto por 141 municípios, organizados em 16 regiões de saúde (figura 1) (IBGE, 2023).

Figura 1 – Regiões de Saúde do Estado de Mato Grosso.



Fonte: Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso/ Resolução CIB 57/2018.

Os dados a serem utilizados neste estudo foram coletados por meio do Sistema de Avaliação do Programa de Imunizações (API), que é gerenciado pela Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações (CGPNI), pertencente ao Departamento de

Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, disponíveis no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Este sistema colabora com as Secretarias Estaduais de Saúde, suas respectivas regionais, e as Secretarias Municipais de Saúde.

As variáveis utilizadas neste estudo foram:

- Cobertura vacinal: No sistema público de saúde do Brasil, a VIP é ofertada em uma composição monovalente, e o esquema vacinal caracteriza-se por três doses da VIP, administrada de forma injetável aos 2, 4 e 6 meses, e duas doses de reforço com a VOP, administrada aos 15 meses e 4 anos (Brasil, 2020). No sistema privado de saúde, a VIP está combinada com outros imunobiológicos, estando presente na vacina pentavalente acelular (DTPa-VIP/Hib) e na hexavalente (DTPa-VIP-HB/Hib), ambas com 3 doses de rotina e duas de reforço (SBIm, 2020). Assim, a cobertura vacinal contra poliomielite foi obtida pela razão entre a soma do número de 3ª doses da VIP, das vacinas pentavalentes acelular (DTPa-VIP/Hib) e das vacinas hexavalentes (DTPa-VIP-HB/Hib), administradas em menores de 1 ano, e o número de nascidos vivos, residentes no mesmo local e período, multiplicado por 100.

- Classificação da cobertura vacinal: baixa (<95%), adequada (≥95% a ≤120%) e elevada (>120%) (Braz *et al.*, 2016).

- Regiões brasileiras: Norte, Nordeste, Sul, Sudeste e Centro-Oeste.

- Regiões de Saúde de Mato Grosso (CIR): Alto Tapajós, Baixada Cuiabana, Araguaia Xingu, Centro Norte, Garças Araguaia, Médio Araguaia, Médio Norte Mato-Grossense, Noroeste Mato-Grossense, Norte Araguaia Karajá, Norte Mato-Grossense, Oeste Mato-Grossense, Sudoeste Mato-Grossense, Sul Mato-Grossense, Teles Pires, Vale do Peixoto e Vale dos Arinos (anexo).

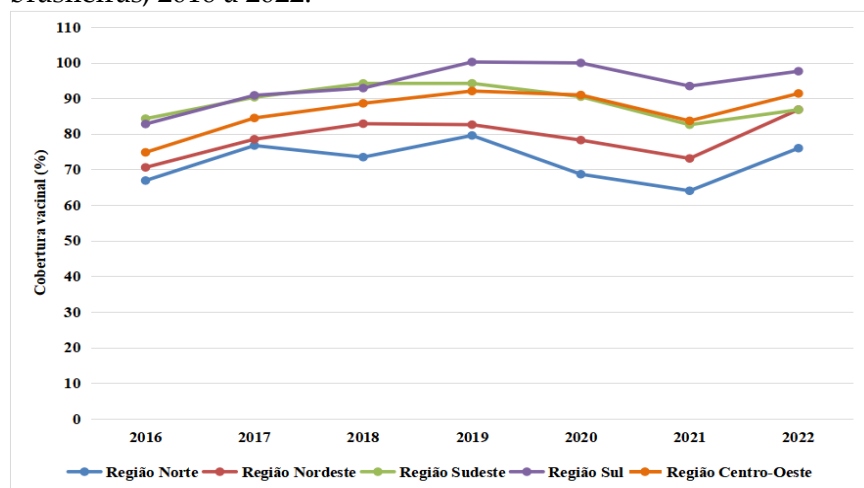
O banco de dados foi organizado e analisado no programa Excel for Windows. Os resultados do estudo são apresentados em percentuais, por meio de figuras e quadro.

Como este estudo se baseia na utilização de dados secundários de acesso público, sem informações identificáveis dos pacientes, não será necessário submetê-lo ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme estabelecido na Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa.

Resultados

A análise da figura 2 mostra a cobertura vacinal da poliomielite de acordo com as regiões brasileiras no período de 2016 a 2022. De maneira geral, nota-se um aumento nas taxas de cobertura até 2019 em todas as regiões, com exceção da Região Norte, que experimentou um declínio em 2018. Entretanto, nos anos subsequentes (2020 e 2021), todas as regiões apresentaram uma redução na cobertura. É relevante destacar que a Região Norte exibiu, consistentemente, as taxas mais baixas de cobertura, enquanto a Região Sul registrou as mais elevadas.

Figura 2 - Cobertura vacinal da poliomielite (%) nas regiões brasileiras, 2016 a 2022.



Fontes: Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI/CGPNI/DEIDT/SVS/MS) e MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC.

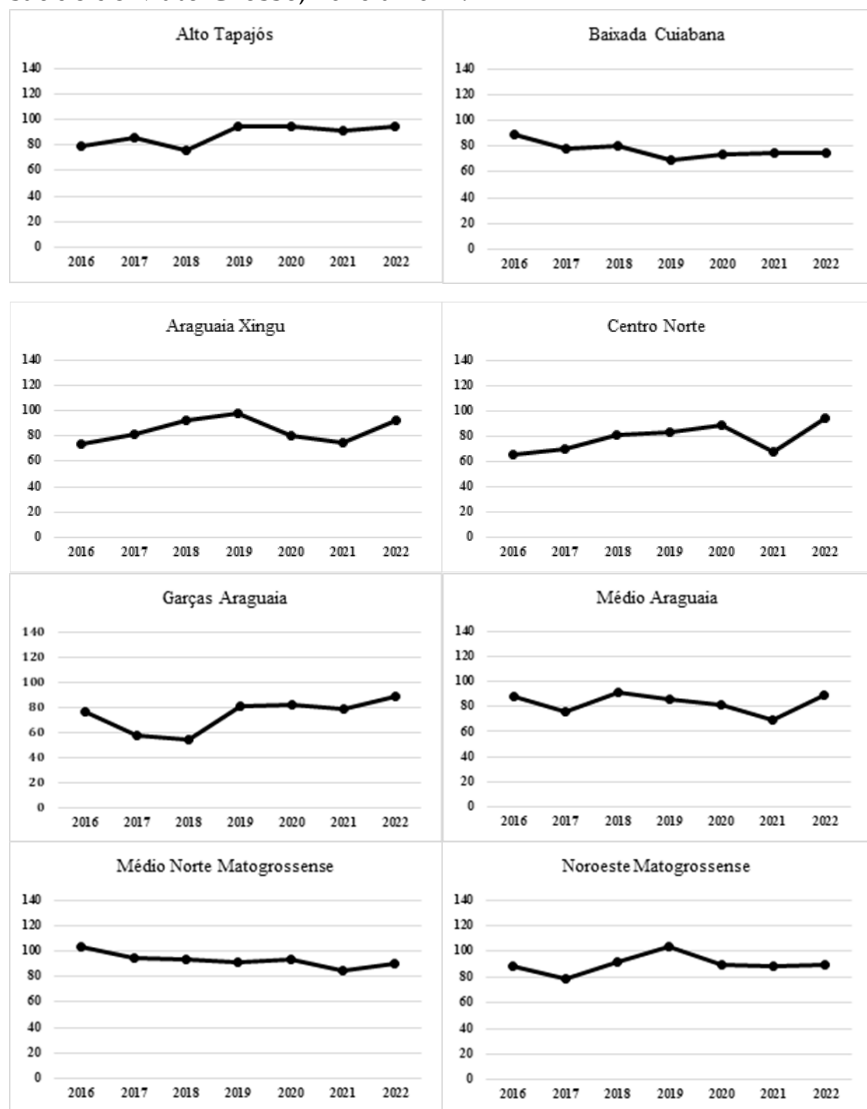
Considerando as Regiões de Saúde de Mato Grosso, estas apresentaram um padrão mais heterogêneo de distribuição, mas comparando os resultados do início (2016) e do final da série (2022), observa-se aumento da cobertura para a maioria das regiões, com exceção das Regiões Baixada Cuiabana, Médio Norte Mato-Grossense e Vale dos Arinos (figura 3).

Algumas repetem o padrão observado para as regiões brasileiras, com aumento no início, diminuição e depois retomada do crescimento, como o caso das Regiões Araguaia Xingu, Centro-Norte e Sudoeste Mato-Grossense. As Regiões Oeste Mato-Grossense e Sul Mato-Grossense apresentaram estabilidade no período, já as Regiões Norte Araguaia Karajá, Vale do Peixoto e Vale dos Arinos apresentaram as maiores oscilações (figura 3).

Algumas regiões apresentaram redução da cobertura nos anos de 2020 e 2021 (pós-pandemia), quando comparadas ao ano de 2019, com posterior aumento no ano de 2022, como as Regiões Alto Tapajós, Araguaia Xingu, Médio Araguaia, Noroeste Mato-Grossense, Norte Mato-Grossense e Vale do Peixoto (figura 3).

A Região Garças Araguaia foi a que apresentou as menores coberturas no período (<60,0% nos anos de 2017 e 2018), e a Região da Baixada Cuiabana foi a que apresentou os menores valores nos anos de 2019, 2020 e 2022. A Região Teles Pires, por outro lado, foi uma das que apresentou os maiores valores de cobertura vacinal da poliomielite nos anos analisados (figura 3).

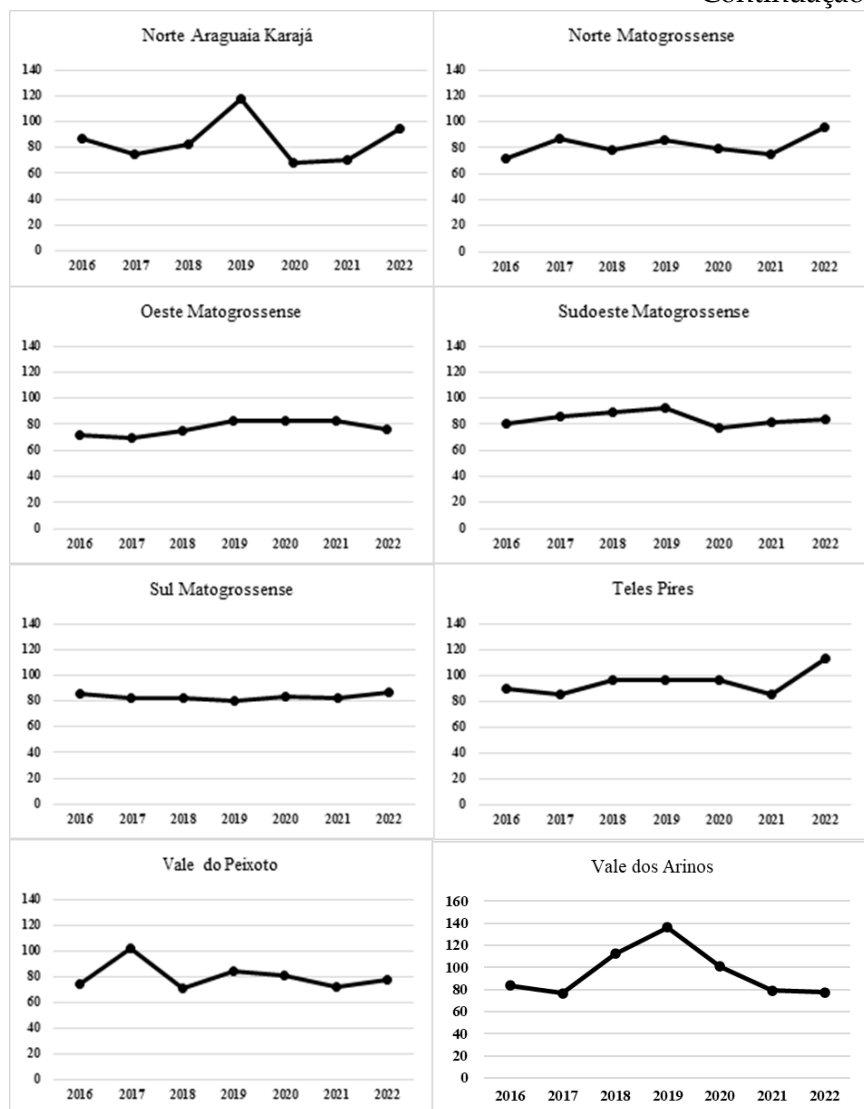
Figura 3 - Cobertura vacinal da poliomielite (%) nas regiões de saúde de Mato Grosso, 2016 a 2022.



Continua

Figura 3 - Cobertura vacinal da poliomielite (%) nas regiões de saúde de Mato Grosso, 2016 a 2022.

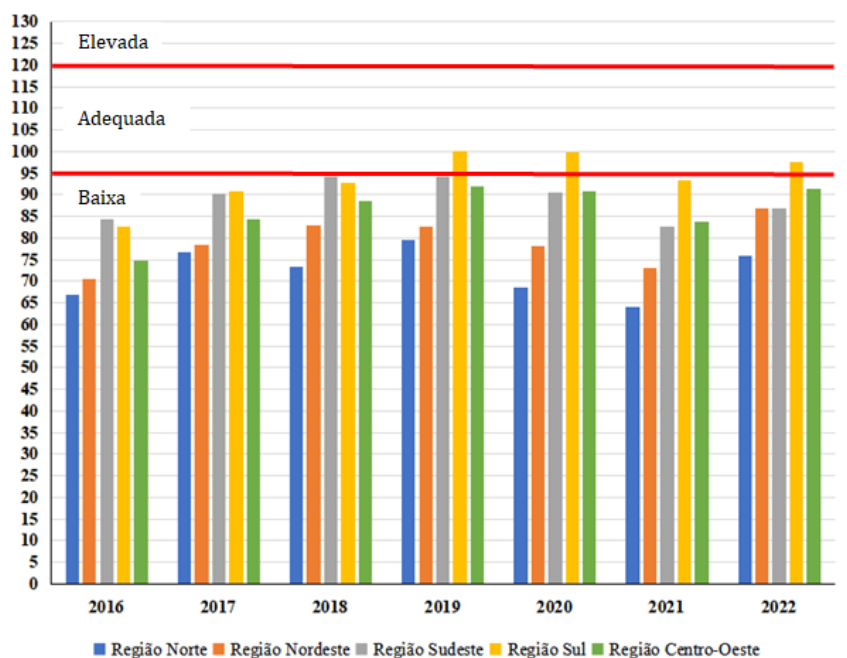
Continuação



Fontes: Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI/CGPNI/DEIDT/SVS/MS) e MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC.

A figura 4 mostra a classificação da cobertura vacinal da poliomielite nas regiões brasileiras, no período de 2016 a 2022. A cobertura foi avaliada como baixa para todas as regiões na maior parte do período analisado, com exceção da Região Sul nos anos de 2019, 2020 e 2022, cujas coberturas foram classificadas como adequadas.

Figura 4 - Classificação da cobertura vacinal da poliomielite das regiões brasileiras, 2016 a 2022.



Fontes: Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI/CGPNI/DEIDT/SVS/MS) e MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC.

Quanto a classificação da cobertura vacinal da poliomielite nas Regiões de Saúde de Mato Grosso, a maioria das regiões apresentou baixa cobertura no período de 2016 a 2022, com exceção da Região Médio Norte Mato-Grossense no ano de 2016, da Região Vale do Peixoto em 2017, das Regiões Teles Pires e Vale dos Arinos

em 2018, das Regiões Araguaia Xingu, Noroeste Mato-Grossense, Norte Araguaia Karajá, Teles Pires, Vale dos Arinos em 2019, das Regiões Teles Pires e Vale dos Arinos em 2020 e das Regiões Norte Mato-Grossense e Teles Pires em 2022 (quadro).

No ano de 2022, todas as Regiões de Saúde do Estado apresentaram baixa cobertura. Nenhuma região apresentou cobertura elevada no período. As Regiões Teles Pires e Vale dos Arinos foram as que apresentaram, mais vezes, coberturas adequadas (quadro).

Quadro - Classificação da cobertura vacinal da poliomielite nas regiões de saúde de Mato Grosso, 2016 a 2022.

Classificação da cobertura vacinal	Baixa (<95%)	Adequada (95-120%)	Elevada (>120%)
2016	Alto Tapajós, Baixada Cuiabana, Araguaia Xingu, Centro Norte, Garças Araguaia, Médio Araguaia, Noroeste Matogrossense, Norte Araguaia Karajá, Norte Matogrossense, Oeste Matogrossense, Sudoeste Matogrossense, Sul Matogrossense, Teles Pires, Vale do Peixoto, Vale dos Arinos	Médio Norte Matogrossense	-
2017	Alto Tapajós, Baixada Cuiabana, Araguaia Xingu, Centro Norte, Garças Araguaia, Médio Araguaia, Médio Norte Matogrossense, Noroeste Matogrossense, Norte Araguaia Karajá, Norte Matogrossense, Oeste Matogrossense, Sudoeste Matogrossense, Sul Matogrossense, Teles Pires, Vale do Peixoto, Vale dos Arinos	Vale do Peixoto	-
2018	Alto Tapajós, Baixada Cuiabana, Araguaia Xingu, Centro Norte, Garças Araguaia, Médio Araguaia, Médio Norte Matogrossense, Noroeste Matogrossense, Norte Araguaia Karajá, Norte Matogrossense, Oeste Matogrossense, Sudoeste Matogrossense, Sul Matogrossense, Vale do Peixoto,	Teles Pires, Vale dos Arinos	-

Continua

Quadro - Classificação da cobertura vacinal da poliomielite nas regiões de saúde de Mato Grosso, 2016 a 2022.

Continuação

2019	Alto Tapajós, Baixada Cuiabana, Centro Norte, Garças Araguaia, Médio Araguaia, Médio Norte Matogrossense, Norte Matogrossense, Oeste Matogrossense, Sudoeste Matogrossense, Sul Matogrossense, Vale do Peixoto,	Araguaia Xingu, Noroeste Matogrossense, Norte Araguaia Karajá, Teles Pires, Vale dos Arinos	-
2020	Alto Tapajós, Baixada Cuiabana, Araguaia Xingu, Centro Norte, Garças Araguaia, Médio Araguaia, Médio Norte Matogrossense, Noroeste Matogrossense, Norte Araguaia Karajá, Norte Matogrossense, Oeste Matogrossense, Sudoeste Matogrossense, Sul Matogrossense, Vale do Peixoto,	Teles Pires, Vale dos Arinos	-
2021	Alto Tapajós, Baixada Cuiabana, Araguaia Xingu, Centro Norte, Garças Araguaia, Médio Araguaia, Médio Norte Matogrossense, Noroeste Matogrossense, Norte Araguaia Karajá, Norte Matogrossense, Oeste Matogrossense, Sudoeste Matogrossense, Sul Matogrossense, Teles Pires, Vale do Peixoto, Vale dos Arinos	-	-
2022	Alto Tapajós, Baixada Cuiabana, Araguaia Xingu, Centro Norte, Garças Araguaia, Médio Araguaia, Médio Norte Matogrossense, Noroeste Matogrossense, Norte Araguaia Karajá, Oeste Matogrossense, Sudoeste Matogrossense, Sul Matogrossense, Vale do Peixoto, Vale dos Arinos	Norte Matogrossense, Teles Pires	-

Discussão

Este estudo descreveu a cobertura vacinal contra a poliomielite em crianças com menos de um ano, abrangendo dois diferentes recortes geográficos, macrorregiões do Brasil e regiões de saúde do estado de Mato Grosso, no período de 2016 a 2022. De maneira geral, os resultados revelaram baixas coberturas vacinais da doença. Mesmo alguns espaços apresentando aumento na cobertura no período, estes não foram suficientes para manter as coberturas em situação de adequação, revelando nuances cruciais, levantando reflexões profundas sobre os desafios enfrentados pelos programas de imunização.

A poliomielite, uma doença viral que afeta o sistema nervoso, tem sido alvo de intensos esforços globais de erradicação, conforme destacado pela OPAS (OPAS, 2023a). No contexto brasileiro, a implementação do PNI desempenha um papel crucial na prevenção e controle dessa enfermidade, conforme indicado pelo Ministério da Saúde do Brasil (Brasil, 2013).

Durante o estudo foi notada a persistência das baixas coberturas vacinais no Brasil, especialmente nos anos de 2019 e 2020. Esta realidade reflete a constatação de uma redução generalizada da cobertura vacinal em todas as regiões do país, o que pode ter sido acentuada pelo cenário da pandemia por Covid-19 a partir de 2019 (Césaire *et al.*, 2020). Importante ressaltar que, embora a pandemia possa ter influenciado a cobertura vacinal, a mesma já vinha apresentando resultados abaixo da meta preconizada pelo Ministério da Saúde, com exceção da Região Sul a partir de 2019.

Estudo de Donalisio *et al.* (2023) teve o objetivo de analisar a tendência temporal das coberturas das três doses da vacina contra a poliomielite nos primeiros 12 meses de vida entre 2011 e 2021, com destaque na pandemia de Covid-19, além de mapear as coberturas vacinais no Brasil. Os resultados evidenciaram perda da cobertura vacinal ao longo do período em todas as regiões do país, sendo maiores no Norte e no Nordeste e se acentuando durante a

pandemia. Os autores discutem que essa queda mostra o risco iminente de reintrodução do vírus selvagem e que os desafios precisam ser enfrentados com o fortalecimento do SUS.

Quanto a Região Norte, esta se destacou como uma exceção, experimentando uma queda em 2018, antecipando a tendência geral de declínio observada nos anos subsequentes. As disparidades regionais foram evidentes, com taxas mais baixas persistentes também para a Região Norte, em contraste com as taxas mais elevadas no Sul. Essa variação pode estar ligada a fatores socioeconômicos, infraestrutura de saúde e eficácia das campanhas de conscientização (Leite *et al.*, 2022).

Identifica-se que há uma forte associação entre regiões que apresentam altos índices de vacinação e uma melhor qualidade de vida, a exemplo das Regiões Norte e Nordeste do Brasil, que mostraram deficiências significativas em comparação com outras áreas do país. Essas disparidades são reflexo da notável heterogeneidade que caracteriza as diversas regiões brasileiras, influenciando, diretamente, as taxas de cobertura vacinal, as quais variam em função da disponibilidade de recursos e nível socioeconômico.

O contexto vacinal no Brasil é complexo devido ao vasto território, colapso socioeconômico em algumas regiões e desafios na democratização do acesso às vacinas (Césare *et al.*, 2020). A relação entre coberturas vacinais e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), por exemplo, destaca as regiões Norte e Nordeste como as mais vulneráveis, evidenciando a variação das coberturas de acordo com o nível socioeconômico da população (Silva *et al.*, 1999; Leite *et al.*, 2022).

Estudos adicionais corroboram a associação entre baixas coberturas e condições socioeconômicas desfavoráveis, como a pesquisa realizada no estado de São Paulo (Moraes; Ribeiro, 2008). A influência de fatores como baixa renda, número elevado de filhos e baixa escolaridade dos pais na não vacinação é destacada, indicando a necessidade de considerar as condições sociodemográficas ao analisar as coberturas vacinais (Silva *et al.*,

1999). Diante desses desafios, ressalta-se a importância de reordenar as ações e serviços de saúde no Brasil para garantir infraestrutura, logística eficiente e comunicação eficaz com a população.

Embora as causas específicas das reduções nas coberturas vacinais observadas nesse estudo não possam ser suficientemente esclarecidas, é possível que estejam relacionadas, também, à perda ou heterogeneidade dos dados, além de fatores determinantes como hesitação vacinal, desinformação e o aumento de grupos antivacina (Succi, 2018).

A importância da vacinação e as barreiras encontradas pelo PNI emergem como elementos fundamentais nessa discussão, enfatizando a vacinação como alicerce essencial da saúde pública (UNILA, 2022). Além disso, a cobertura vacinal é um indicador crucial para monitorar o progresso dos programas de vacinação e avaliar a suscetibilidade da população.

Quanto a análise das Regiões de Saúde de Mato Grosso identificou-se heterogeneidade nos padrões de distribuição da cobertura vacinal, com regiões testemunhando aumento ao longo do período, e outras com redução. A influência da pandemia de Covid-19 pode ser verificada nos anos de 2020 e 2021, com várias regiões enfrentando quedas na cobertura vacinal, seguidas por uma retomada do crescimento em 2022.

A classificação, predominantemente, baixa da cobertura vacinal na maioria das regiões ao longo do período suscita preocupações substanciais sobre a efetividade dos programas de imunização contra a poliomielite, que anteriormente foram bem-sucedidos. A notável exceção na Região Sul pode servir como exemplo para que as práticas bem-sucedidas nessa região possam ser de aplicabilidade nas demais regiões do Brasil e, também, nas regiões de saúde de Mato Grosso. As disparidades regionais ressaltam a necessidade de estratégias adaptadas a diferentes realidades locais.

As Regiões de Saúde do Estado que apresentaram as melhores coberturas foram as Regiões de Teles Pires e Vale dos Arinos, que

se situam entre as regiões que apresentam os melhores indicadores socioeconômicos, reforçando a relação positiva entre cobertura vacinal e nível de desenvolvimento.

A manutenção das baixas coberturas vacinais nos Estados representa um desafio significativo para a eficácia dos programas de imunização no Brasil, suscitando a necessidade de uma abordagem mais abrangente e direcionada para reverter essa tendência preocupante.

Nesse sentido, no dia 06 de março de 2023, o Governo de Mato Grosso aderiu ao Pacto Nacional pela Consciência Vacinal, movimento promovido pelo Conselho Nacional do Ministério Público, com o objetivo de incentivar uma atuação coordenada e nacional em busca da consciência vacinal e da retomada de índices seguros e homogêneos de cobertura de vacinas em todo o Brasil. De acordo com o Ministério Público do Estado, mais de 40 instituições já aderiram ao pacto nacional, entre unidades do Ministério Público, Estados e Municípios, e a iniciativa partiu da preocupação com os baixos índices da cobertura vacinal no Brasil nos últimos anos. Inicialmente, o foco da atuação será a vacinação contra a poliomielite, cujos números estão em queda expressiva, conforme mostrado nesse estudo (SES/MT, 2024a).

Outra ação que ocorreu em agosto de 2023, foi uma oficina coordenada pela SES/MT em Cuiabá, para o debate de ações para aumentar a cobertura vacinal a partir de planejamento. O evento foi parte de um trabalho realizado pelo Ministério da Saúde nos estados de Mato Grosso, Minas Gerais e Mato Grosso do Sul, visando alinhar planejamento nacional, estadual e municipal para alcançar as metas de imunização. O encontro reuniu profissionais do SUS, porém somente 12 municípios mato-grossenses tiveram representantes (SES/MT, 2024b).

Embora os dados do estudo tenham mostrado situação preocupante quanto a cobertura vacinal da poliomielite nas regiões brasileiras e nas regiões de saúde de Mato Grosso, há limitações na análise desses dados, como a utilização de fontes de dados secundárias, com métodos de coleta de variáveis que podem

induzir a erros, o número de menores de um ano cadastrados no SINASC pode não corresponder à realidade (Ferreira; Rodrigues, 2023), e o fato que de algumas cidades possuírem mais salas de vacinação do que outras e, portanto, esses recursos podem ser utilizados em outro local que não o local de residência, o que pode aumentar o percentual de cobertura vacinal e levar a uma falsa percepção da vacinação (Oliveira *et al.*, 2020). Apesar das limitações do estudo por sua natureza ecológica, ele oferece *insights* valiosos sobre as complexidades e desafios enfrentados pela cobertura vacinal da poliomielite nos diversos espaços geográficos, revelando que as flutuações encontradas refletem desafios persistentes na manutenção de níveis ideais de cobertura vacinal regional e nacionalmente (Braz *et al.*, 2016).

Em conclusão, os resultados desta análise destacam a importância contínua da vigilância e promoção da cobertura vacinal contra a poliomielite. Os percentuais encontrados ao longo de tempo, as disparidades regionais e os desafios enfrentados nas regiões brasileiras e Regiões de Saúde de Mato Grosso reforçam a necessidade de estratégias adaptativas. A pandemia de Covid-19, embora tenha representado um desafio, também ressalta a resiliência necessária nos programas de imunização. Esforços persistentes na educação pública, melhorias na infraestrutura de saúde e adaptação às mudanças são cruciais para garantir o sucesso contínuo dos programas de vacinação e manter as populações protegidas contra doenças evitáveis.

Considerações finais

Em síntese, a análise abrangente da cobertura vacinal contra a poliomielite nas regiões brasileiras e, especialmente, nas Regiões de Saúde de Mato Grosso, revela um cenário complexo e desafiador. A persistência de baixas coberturas nesses espaços, verificada a partir de 2016, destaca a urgência de ações direcionadas e estratégias adaptativas. A influência da pandemia de Covid-19, junto a fatores socioeconômicos e desinformação, evidencia a

fragilidade dos programas de imunização diante de eventos inesperados e da complexidade das dinâmicas sociais.

É preocupante observar a disparidade regional nas taxas de cobertura vacinal, com a Região Norte enfrentando desafios distintos em comparação com o Sul do país. Esta divergência ressalta a importância de aprender com práticas bem-sucedidas em diferentes localidades e implementar estratégias adaptadas às realidades locais. A resiliência dos programas de imunização frente a adversidades, como a pandemia, é crucial, mas demanda esforços contínuos na educação pública, na melhoria da infraestrutura de saúde e na mitigação da desinformação.

É difícil não ressaltar a importância da conscientização individual e coletiva sobre a relevância da vacinação. A disseminação de informações precisas e a promoção de uma cultura de confiança nas vacinas são elementos fundamentais para reverter as tendências preocupantes. Além disso, acredita-se que a responsabilidade recai não apenas nas autoridades de saúde, mas também na sociedade como um todo, para garantir que as crianças e comunidades estejam protegidas contra doenças evitáveis.

Embora elementos como a pandemia da Covid-19 e fatores sociais possam contribuir para a diminuição das taxas de cobertura vacinal, a realização de novas pesquisas torna-se essencial para se compreender, detalhadamente, os motivos centrais das variações nas coberturas vacinais entre as diferentes regiões brasileiras e as Regiões de Saúde de Mato Grosso.

Concluindo, a baixa cobertura vacinal evidenciada nesse estudo destaca a necessidade de uma abordagem abrangente e colaborativa para superar os desafios identificados. A saúde pública depende da participação ativa e informada de todos os setores da sociedade, e a manutenção dos programas de imunização é um investimento vital no bem-estar coletivo.

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Imunizações - desde 1994.** Cobertura. Notas Técnicas. 1994. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/pni/Imun_cobertura_desde_1994.pdf. Acesso em: 26 set. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Programa Nacional de Imunizações (PNI): 30 anos.** Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Programa Nacional de Imunizações (PNI): 40 anos.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano nacional de resposta a um evento de detecção de poliovírus e um de surto de poliomielite: estratégia do Brasil**, 1 nov. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/saude-politicas-publicas/plano-nacional-de-resposta-a-um-evento-de-deteccao-de-poliovirus-e-um-de-surto-de-poliomielite-estrategia-do-brasil/view>. Acesso em: 25 abr. 2023.
- BRAZ, R. M. *et al.* Classificação de risco de transmissão de doenças imunopreveníveis a partir de indicadores de coberturas vacinais nos municípios brasileiros. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 25, n. 4, p. 745-754, out-dez, 2016.
- CÉSARE, N. *et al.* Longitudinal profiling of the vaccination coverage in Brazil reveals a recent change in the patterns hallmarked by differential reduction across regions. **International Journal of Infectious Diseases**, v. 98, p. 275–280, 1 set. 2020.
- DONALISIO, M. R. *et al.* Vacinação contra poliomielite no Brasil de 2011 a 2021: sucessos, reveses e desafios futuros. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, n. 2, p. 337-350, 2023.
- FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz. **Programa Nacional de Imunizações é um marco histórico na saúde pública brasileira.**

Brasil, 9 jun. 2022. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/programa-nacional-de-imunizacoes-e-um-marco-historico-na-saude-publica-brasileira>. Acesso em: 25 abr. 2023.

GPEI - Global Polio Eradication Initiative. **Polio-free India: It seemed impossible until it was done.**, [s.d.]. Disponível em: <<https://polioeradication.org/news-post/polio-free-india-it-seemed-impossible-until-it-was-done/>>. Acesso em: 8 abr. 2023b.

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades e Estados**. 2023. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados>. Acesso em: 23 fev. 2024.

LEITE, I. S.; *et al.* A evolução das coberturas vacinais brasileiras e os impactos provocados pela pandemia de Covid-19 nas metas de imunização. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 11, n. 11, p. 1-19, 20 ago. 2022.

MACIEL, N. DE S. *et al.* Temporal and spatial distribution of polio vaccine coverage in Brazil between 1997 and 2021. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 26, p. e230037, 2023. e230037. <https://doi.org/10.1590/1980-549720230037>.

MORAES, J. C.; RIBEIRO, M. C. S. A. Desigualdades sociais e cobertura vacinal: uso de inquéritos domiciliares. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 11, supl 1, p. 113-24, 2008.

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde. **Poliomielite** - Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/poliomielite>. Acesso em: 7 abr. 2023a.

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde. **Às vésperas da Semana de Vacinação nas Américas, Ministério da Saúde do Brasil e OPAS participam de lançamento de relatório do UNICEF que pede urgência na retomada das coberturas vacinais**, 20 abr. 2023b. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/20-4-2023-vesperas-da-semana-vacinacao-nas-americas-ministerio-da-saude-do-brasil-e-opas>.

OZAWA, S. *et al.* Cost-effectiveness and economic benefits of vaccines in low- and middle-income countries: A systematic review. **Vaccine**, v. 31, n. 1, p. 96–108, dez. 2012.

SES/MT – Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso.

Governo adere ao pacto nacional de vacinação para avanço da imunização em MT. 2024a. Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/noticia/governo-adere-ao-pacto-nacional-de-vacinacao-para-avanco-da-imunizacao-em-mt>. Acesso em: 22 fev. 2024.

SES/MT – Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso.

Planejamento de ações para aumentar a cobertura vacinal é debatido em oficina coordenada pela SES. 2024b. Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/noticia/planejamento-de-acoes-para-aumentar-a-cobertura-vacinal-e-debatido-em-oficina-coordenada-pela-ses>. Acesso em: 22 fev. 2024.

SILVA, A. A. M. DA *et al.* Cobertura vacinal e fatores de risco associados à não-vacinação em localidade urbana do Nordeste brasileiro, 1994. **Revista de Saúde Pública**, v. 33, p. 147–156, 1 abr. 1999. <https://doi.org/10.1590/S0034-89101999000200006>

SUCCI, R. C. M. Vaccine refusal - what we need to know. **Jornal de Pediatria**, v. 94, n. 6, p. 574–581, nov. 2018.

UNILA. Universidade Federal da Integração Latino-Americana. Departamento de Atendimento à Saúde do Estudante (DEAS) **A Importância Da Vacinação.** 21 Sept. 2022. Disponível em: <portal.unila.edu.br/informes/a-importancia-da-vacinacao>.

Capítulo 7

Utilização de serviços de saúde no Brasil e em Mato Grosso: Pesquisa Nacional de Saúde, 2019

Jane Alves Lopes de Oliveira Cruz

Elyana Teixeira Sousa

Yana Balduino de Araújo

Rita Adriana Gomes de Souza

Introdução

A utilização de serviços de saúde, entendida como uma das medidas de acesso, resulta de uma multiplicidade de fatores, como os fatores individuais, contextuais e relativos à qualidade do cuidado (Travassos; Martins, 2004). As informações em saúde, dentre elas a de utilização de serviços de saúde, são cada vez mais essenciais para o planejamento, monitoramento e a gestão das intervenções em saúde coletiva e individual, principalmente no cenário de mudanças do padrão epidemiológico, ampliação do conceito saúde-doença, bem como a incorporação das atividades de promoção da saúde (Malta, 2008).

Os inquéritos nacionais de saúde são estudos que permitem conhecer o perfil de saúde e a distribuição dos fatores de risco em populações, alguns com atualização periódica e comparações temporais, e entre diferentes áreas geográficas (Malta, 2008). Um dos inquéritos nacionais de saúde de base domiciliar é a Política Nacional de Saúde (PNS), que ocorreu, pela primeira vez, em 2013, por meio de uma parceria entre o Ministério da Saúde e o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), e novamente em 2019 (PNS, 2020).

Um dos blocos da PNS, nos dois anos de avaliação, se refere à investigação da utilização de serviços de saúde. De acordo com a

pesquisa, informações das pessoas que moram nos domicílios brasileiros, como idade, sexo, escolaridade, cor da pele, renda e aspectos físicos de moradia, como água encanada e coleta de esgoto, dentre outras, têm grande influência na procura por serviços de saúde, assim como nas internações hospitalares e atendimentos de urgência e emergência (Gouveia, 2005).

Sobre a utilização dos serviços de saúde, destaca-se que o acesso universal é um dos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Esse princípio está estabelecido na Constituição Federal de 1988 e é detalhado pela Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990), regulamentada pelo Decreto nº 7.508/2011. O acesso universal significa que todos os cidadãos têm direito ao atendimento e aos serviços de saúde, independentemente de sua condição social, econômica ou geográfica. Isso implica em garantir que todos tenham acesso igualitário aos serviços de saúde, sem discriminação, refletindo o compromisso do sistema com a equidade e a justiça social na oferta de serviços de saúde à população brasileira. Assim, a Lei 8.080/1990 estabelece as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, garantindo o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde. O Decreto 7.508/2011, por sua vez, regulamenta a organização do SUS, estabelecendo as normas para a execução de suas atividades.

Justifica-se a realização de estudos sobre a utilização de serviços de saúde, uma vez que podem contribuir para a organização da assistência, permitindo identificar as desigualdades nos níveis de cobertura, segundo diversos determinantes, assim como os grupos populacionais mais vulneráveis. Além disso, considerando a importância do conhecimento dessas informações para a formulação de políticas públicas, observa-se uma lacuna de informações quanto aos diferenciais na utilização de serviços de saúde no Estado de Mato Grosso.

Importante ressaltar que, cada vez mais, a aplicação de inquéritos populacionais tem se tornado uma ferramenta de avaliação do funcionamento da assistência de saúde do ponto de

vista do usuário (Gouveia, 2005). Quando esses inquéritos são realizados de forma periódica, a análise de seus dados fortalece a vigilância em saúde no que diz respeito ao conhecimento de diversas morbidades e agravos na população, assim como dos fatores que os condicionam (Theme *et al.*, 2005). Tendo em vista esse contexto, o objetivo geral deste estudo é descrever a utilização de serviços de saúde no Brasil e em Mato Grosso no ano de 2019.

Métodos

Trata-se de um estudo quantitativo e descritivo, que analisou os dados da PNS de 2019, inquérito domiciliar de base populacional, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em parceria com o Ministério da Saúde.

O estado de Mato Grosso, *lócus* da presente pesquisa, tem, por capital, a cidade de Cuiabá, e está localizado na região Centro-Oeste do Brasil, e na região central da América do Sul. Possui uma população estimada de 3,5 milhões de habitantes, distribuída em 141 municípios, sendo o terceiro estado em dimensão territorial no país, com 903.208,361 km². Em relação ao Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), o estado ocupa o 11º lugar com valor de 0,725, enquanto para o Índice de Desenvolvimento da Educação Básica/Ensino fundamental/Anos iniciais ocupa o 10º lugar no ranking nacional, com valor de 5,8. Quanto a taxa de mortalidade infantil, o estado ocupa o 13º lugar no *ranking* nacional com uma taxa de 12,08 óbitos/100 mil nascidos vivos. O rendimento mensal domiciliar *per capita* do estado de Mato Grosso é de R\$ 1.674,00 (IBGE, 2023).

Com relação a cobertura da Estratégia Saúde da Família, o estado tem apresentado aumento discreto, de maneira geral com coberturas abaixo de 70,0%, com variações entre as regiões de saúde. A Baixada Cuiabana, que concentra dois dos maiores municípios do estado (a capital Cuiabá e Várzea Grande), historicamente, têm mantido as mais baixas coberturas. Considerando os níveis secundário e terciário, apesar de haver

diferenciação entre as regiões, há uma elevação moderada das unidades prestadoras de assistência ambulatorial especializada e de Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapia. Em relação aos leitos hospitalares, a tendência tem sido de redução para a maioria das regiões. Assim, cada município organiza a sua Rede de Atenção à Saúde (RAS), por meio de uma estrutura organizada que responde, com certas deficiências, às demandas (Martinelli *et al.*, 2023).

No ano de 2022, por exemplo, foram aprovadas 5.111.892 autorizações de internação hospitalar (AIH) do SUS em Mato Grosso, sendo 841.240 (16,5%) em Cuiabá, 726.938 (14,2%) em Várzea Grande, 376.373 (7,4%) em Rondonópolis, 220.298 (4,3%) em Sinop, 155.379 (3,0%) em Cáceres e 151.126 (3,0%) em Sorriso, municípios com as maiores quantidades. Em relação a produção ambulatorial, foram aprovados 21.609.324 procedimentos para pagamento pelas Secretarias de Saúde do estado, sendo as maiores quantidades registradas para os municípios de Cuiabá (5.150.299; 23,8%), Várzea Grande (1.685.889; 7,8%), Sinop (1.562.426; 7,2%), Rondonópolis (940.454; 4,4%) e Barra do Garças (882.532; 4,1%) (DATASUS, 2023).

A população de estudo da PNS é constituída por moradores de domicílios particulares permanentes pertencentes à área de abrangência geográfica da pesquisa. Foi definido como abrangência geográfica todo o Território Nacional, dividido nos setores censitários da Base Operacional Geográfica de 2010, excluídas as áreas com características especiais e com pouca população (PNS, 2021).

A PNS é uma pesquisa domiciliar realizada por meio de amostragem conglomerada em três estágios: as unidades primárias de amostragem (UPA) são formadas pelos setores censitários ou conjunto de setores; os domicílios são as unidades de segundo estágio; e os moradores com 18 anos ou mais de idade são as unidades de terceiro estágio. Como parte integrante do Sistema Integrado de Pesquisas Domiciliares - SIPD, as UPA da PNS foram obtidas da Amostra Mestra, que é a estrutura amostral do Sistema.

A seleção da subamostra das UPA foi feita por amostragem aleatória simples (PNS, 2021).

O tamanho da amostra foi definido considerando o nível de precisão desejado para as estimativas de alguns indicadores de interesse, que são basicamente proporções de pessoas em determinadas categorias. Como os indicadores referem-se a grupos populacionais diferentes, também foi preciso avaliar a proporção de domicílios que possuíam pessoas nesses grupos, com base nos dados do Censo Demográfico 2010, para que fosse possível definir o tamanho de amostra necessário para estimar com a precisão requerida (PNS, 2021).

Em 2019, foram visitados 108.525 domicílios e foram realizadas 94.114 entrevistas no país. A taxa de não resposta foi de 6,4% (PNS, 2021). Em Mato Grosso, a amostra planejada de UPA foi de 180, sendo que destas 162 fizeram parte da PNS. No estado foram selecionados 2.106 domicílios, sendo 1.620 (76,1%) domicílios com entrevistas realizadas (PNS, 2021).

As variáveis utilizadas nesse estudo foram as que compõem o módulo J da Pesquisa intitulado “Utilização de serviços de saúde”, e estão descritas no quadro 1.

Quadro 1- Descrição das variáveis do estudo.

Variáveis relacionadas à procura por atendimento de saúde	
Questões	Respostas
Quando está doente ou precisando de atendimento de saúde, o que costuma procurar?	Farmácia; Unidade básica de saúde; Policlínica pública; Posto de Assistência Médica (PAM); Unidade de Pronto Atendimento (UPA); Pronto-socorro ou emergência de hospital público; Ambulatório de hospital público; Consultório particular, clínica privada ou ambulatório de hospital privado; Atendimento domiciliar; Outro serviço.
Quando consultou um médico pela última vez?	Até 1 ano; Mais de 1 ano a 2 anos; Mais de 2 anos a 3 anos; Mais de 3 anos; Nunca foi ao médico.
Nas duas últimas semanas, procurou algum lugar, serviço ou profissional de saúde para atendimento relacionado à própria saúde?	Sim; Não.
Onde procurou o primeiro atendimento de saúde nas duas últimas semanas?	Farmácia; Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família); Policlínica pública, PAM (Posto de Assistência Médica) ou Centro de Especialidades público; UPA (Unidade de Pronto Atendimento), outro tipo de pronto atendimento público (24 horas), pronto-socorro ou emergência de hospital público; Ambulatório de hospital público; Consultório particular clínica privada ou ambulatório de hospital privado; Pronto atendimento ou emergência de hospital privado; No domicílio; Outro serviço.
Nessa primeira vez que procurou atendimento de saúde nas duas últimas semanas:	Foi agendado para outro dia/outro local; Não foi atendido; Foi atendido.
Este serviço de saúde onde foi atendido era:	Público; Privado; Não sabe/Não lembra.

Continua

Quadro 1- Descrição das variáveis do estudo.

Continuação

Este atendimento de saúde foi coberto por algum plano de saúde?	Sim; Não.
Pagou algum valor por este atendimento de saúde recebido nas duas últimas semanas?	Sim; Não.
O atendimento foi feito pelo SUS?	Sim; Não; Não sabe/Não lembra.
Qual foi o principal atendimento de saúde que recebeu?	Consulta médica; Consulta odontológica; Consulta com outro profissional de saúde (fisioterapeuta, fonoaudiólogo, psicólogo, nutricionista, enfermeiro, etc.); Atendimento com agente comunitário de saúde; Atendimento na farmácia; Vacinação; Medição/aferição de pressão arterial, Injeção, curativo; Quimioterapia, radioterapia, hemodiálise ou hemoterapia; Exame complementar de diagnóstico (sangue, urina, imagem, etc); Gesso ou imobilização; Pequena cirurgia em ambulatório; Internação hospitalar ou cirurgia; Práticas integrativas e complementares como acupuntura, homeopatia, plantas medicinais e fitoterapia, meditação, yoga, <i>tai chi chuan</i> e <i>liang gong</i> ; Práticas de promoção de saúde, tais como grupos de atividade física, orientação sobre alimentação saudável, uso abusivo de outras drogas, grupo de cessação de tabagismo; Outro atendimento.
Variáveis relacionadas às internações hospitalares	
Questões	Respostas
Nos últimos 12 meses, ficou internado(a) em hospital por 24 horas ou mais?	Sim; Não.

Continua

Quadro 1- Descrição das variáveis do estudo.

Continuação

Qual foi o principal atendimento de saúde que recebeu quando esteve internado(a) (pela última vez) nos doze últimos meses?	Parto normal; Parto cesáreo; Tratamento clínico; Tratamento psiquiátrico; Cirurgia; Exames complementares de diagnóstico; Outro.
O estabelecimento de saúde em que esteve internado(a) pela última vez nos últimos 12 meses era?	Público; Privado; Não sabe/Não lembra.
A última internação nos últimos 12 meses foi coberta por algum plano de saúde?	Sim; Não.
Pagou algum valor por esta última internação?	Sim; Não.
Esta última internação foi feita através do Sistema Único de Saúde (SUS)?	Sim; Não; Não sabe/Não lembra.
Variáveis relacionadas ao atendimento de urgência e emergência no domicílio	
Questões	Respostas
Nos últimos 12 meses, teve atendimento de urgência ou emergência no domicílio?	Sim; Não; Ignorado; Não aplicável.
Este atendimento foi coberto por algum plano de saúde?	Sim; Não; Ignorado; Não aplicável.
Pagou algum valor por este atendimento?	Sim; Não.
Este atendimento foi feito através do SUS?	Sim; não; não sabe/Não lembra; não aplicável.
Neste atendimento, foi transportado por ambulância para um serviço de saúde?	Sim; não; ignorado; não aplicável.
O transporte foi feito por:	SAMU; Ambulância de serviço público de saúde; Ambulância de serviço de saúde privado/plano de saúde; Corpo de Bombeiros; outro; ignorado; não aplicável.

Fonte: PNS, 2019.

O *download* do banco de dados da PNS 2019 foi obtido por meio do acesso a página eletrônica da pesquisa na internet (<https://www.pns.icict.fiocruz.br/>). Os dados foram analisados no *software* Stata, versão 11.0, por meio do módulo *survey data analysis*, para amostras complexas. Os resultados são apresentados por meio de estatística descritiva, com frequências absolutas e percentuais, com estimação dos respectivos intervalos de confiança de 95% (IC 95%).

A PNS teve Aprovação da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) em agosto de 2019, sob o número nº 3.529.376, para a edição de 2019. Obedeceu à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, assegurando, aos sujeitos de pesquisa, sua voluntariedade, anonimato e possibilidade de desistência a qualquer momento do estudo. Demais informações sobre os aspectos éticos podem ser verificados na página eletrônica da pesquisa na internet: <https://www.pns.icict.fiocruz.br/aspectos-eticos/>.

Resultados

Foram analisadas 279.382 informações do Brasil e 7.291 (2,6%) de Mato Grosso. Considerando a procura por atendimento de saúde, foi encontrado maior percentual para a busca por unidade básica de saúde quando doente ou precisando de atendimento de saúde, tanto para o Brasil (46,9%), quanto para o Mato Grosso (56,1%), seguido de consultório particular, clínica privada ou ambulatório de hospital privado (22,9% para o Brasil e 15,2% para Mato Grosso) e UPA, outro tipo de pronto atendimento público (24 horas), pronto-socorro ou emergência de hospital público (14,1% para o Brasil e 12,0% para Mato Grosso). Mato Grosso apresentou o dobro do percentual de procura por policlínica pública, PAM ou Centro de Especialidades público (5,2%) quando comparado ao Brasil (tabela 1).

A maior parte da população brasileira e de Mato Grosso consultou um médico pela última vez nos últimos 12 meses (76,2% para o Brasil e 73,8% para Mato Grosso), no entanto, essa procura não aconteceu nas duas últimas semanas antes da pesquisa em

ambos os lugares para a maioria (81,4 % e 85,5% para o Brasil e Mato Grosso, respectivamente). Os locais mais procurados para o primeiro atendimento de saúde nas duas últimas semanas foram Unidade Básica de Saúde (36,3% para o Brasil e 46,5% para Mato Grosso) e consultório particular, clínica privada ou ambulatório de hospital privado (35,9% para o Brasil e 24,8% para Mato Grosso) (tabela 1).

A maioria da população analisada foi atendida na primeira vez que procurou atendimento de saúde nas duas últimas semanas (73,6% para o Brasil e 69,0% para Mato Grosso), em serviço público de saúde (58,8% para o Brasil e 67,8% para Mato Grosso), sem cobertura por plano de saúde (71,0% para o Brasil e 78,7% para Mato Grosso) e sem pagamento de valores pelo atendimento (82,2% para o Brasil e 84,8% para Mato Grosso). A maioria também teve atendimento pelo SUS (57,2% para o Brasil e 67,0% para Mato Grosso) e por meio de consulta médica (69,8% para o Brasil e 77,1% para Mato Grosso) (tabela 1).

Tabela 1 - Descrição da procura por atendimento de saúde, Brasil e Mato Grosso, 2019.

Questões	Brasil		Mato Grosso	
	N	% (IC 95%)	N	% (IC 95%)
Quando está doente ou precisando de atendimento de saúde, o que costuma procurar?				
Farmácia	5.209	2,4 (2,1-2,6)	151	3,4 (2,2-5,1)
Unidade básica de saúde	107.465	46,9 (45,8-47,9)	2.376	56,1 (50,8-61,4)
Policlínica pública, Posto de Assistência Médica (PAM) ou Centro de Especialidades público	5.340	2,6 (2,3-2,9)	416	5,2 (3,7-7,5)
Unidade de Pronto Atendimento (UPA), outro tipo de pronto atendimento público (24 horas), pronto-socorro ou emergência de hospital público	27.481	14,1 (13,4-14,9)	769	12,0 (9,4-15,3)
Ambulatório de hospital público	15.221	6,3 (5,9-6,7)	123	3,7 (1,6-8,2)
Consultório particular, clínica privada ou ambulatório de hospital privado	41.707	22,9 (22,1-23,6)	1.095	15,2 (12,8-17,9)
Pronto atendimento ou emergência de hospital privado	6.695	4,4 (4,0-4,8)	222	4,3 (2,6-6,9)
Atendimento domiciliar	387	0,2 (0,1-0,2)	2	0,1 (0,1-0,2)
Outro serviço	592	0,3 (0,2-0,5)	8	0,1 (0,1-0,1)
Quando consultou um médico pela última vez?				
Até 1 ano	206.384	76,2 (75,8-76,5)	5.367	73,8 (72,0-75,5)
Mais de 1 ano a 2 anos	38.434	12,6 (12,4-12,9)	1.152	15,7 (14,5-17,0)
Mais de 2 anos a 3 anos	12.079	4,0 (3,8-4,1)	288	3,7 (3,2-4,3)
Mais de 3 anos	20.479	6,7 (6,5-6,9)	439	5,9 (5,1-6,9)
Nunca foi ao médico	2.006	0,6 (0,5-0,6)	45	0,8 (0,5-1,4)

Continua

Tabela 1 - Descrição da procura por atendimento de saúde, Brasil e Mato Grosso, 2019.

Continuação				
Questões	Brasil		Mato Grosso	
	N	% (IC 95%)	N	% (IC 95%)
Nas duas últimas semanas, procurou algum lugar, serviço ou profissional de saúde para atendimento relacionado à própria saúde?				
Sim	46.914	18,6 (18,3-19,0)	988	14,5 (13,1-16,0)
Não	232.468	81,4 (81,1-81,7)	6.303	85,5(84,0-86,9)
Onde procurou o primeiro atendimento de saúde por este motivo nas duas últimas semanas?				
Farmácia	534	1,0 (0,8-1,3)	14	1,7 (0,8-3,5)
Unidade Básica de Saúde (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família)	18.417	36,3 (35,3-37,4)	387	46,5 (41,5-51,6)
Policlínica pública, PAM (Posto de Assistência Médica) ou Centro de Especialidades público	2.140	4,5 (4,1-4,9)	105	8,2 (5,9-11,1)
UPA (Unidade de Pronto Atendimento), outro tipo de pronto atendimento público (24 horas), pronto-socorro ou emergência de hospital público	4.607	10,3 (9,7-11,0)	121	11,1 (8,3-14,6)
Ambulatório de hospital público	3.889	7,3 (6,9-7,8)	35	4,5 (2,5-7,9)
Consultório particular, clínica privada ou ambulatório de hospital privado	15.419	35,9 (34,8-37,1)	285	24,8 (20,3-30,0)
Pronto atendimento ou emergência de hospital privado	1.173	3,1 (2,7-3,6)	32	2,7 (1,6-4,5)
No domicílio	259	0,5 (0,4-0,6)	0	0
Outro serviço	476	1,0 (0,8-1,2)	9	0,6 (0,3-1,2)

Continuação

Tabela 1 - Descrição da procura por atendimento de saúde, Brasil e Mato Grosso, 2019.

Continuação				
Questões	Brasil		Mato Grosso	
	N	% (IC 95%)	N	% (IC 95%)
Nessa primeira vez que procurou atendimento de saúde nas duas últimas semanas:				
Foi agendado para outro dia/outra local	11.130	24,0 (23,0-25,0)	303	28,3 (23,5-33,6)
Não foi atendido	1.294	2,4 (2,2-2,7)	19	2,7 (1,2-6,0)
Foi atendido	34.490	73,6 (72,6-74,6)	666	69,0 (64,0-74,0)
Este serviço de saúde onde foi atendido era:				
Público	25.228	58,8 (57,5-60,0)	531	67,8 (61,7-73,4)
Privado	15.055	41,0 (39,8-42,4)	301	32,1 (26,6-38,3)
Não sabe/Não lembra	74	0,2 (0,1-0,3)	1	0,1 (0,0-0,1)
Este atendimento de saúde foi coberto por algum plano de saúde?				
Sim	219	29,0 (27,9-30,2)	614	21,3 (16,8-26,6)
Não	10.275	71,0 (69,8-72,1)	30.082	78,7 (73,5-83,2)
Pagou algum valor por este atendimento de saúde recebido nas duas últimas semanas?				
Sim	7.052	17,8 (17,0-18,6)	133	15,2 (11,9-19,1)
Não	33.305	82,2 (81,4-83,1)	700	84,8 (81,0-88,1)
O atendimento foi feito pelo SUS?				
Sim	24.640	57,2 (55,9-58,5)	526	67,0 (60,9-72,5)
Não	15.626	42,5 (41,2-43,8)	306	32,9 (27,5-39,0)
Não sabe/Não lembra	91	0,3 (0,2-0,4)	1	0,1 (0,0-0,1)

Continua

Tabela 1 - Descrição da procura por atendimento de saúde, Brasil e Mato Grosso, 2019.

Questões	Continuação			
	Brasil		Mato Grosso	
	N	% (IC 95%)	N	% (IC 95%)
Qual foi o principal atendimento de saúde que recebeu?				
Consulta médica	28.022	69,8 (68,8-70,7)	632	77,1 (72,2-81,4)
Consulta odontológica	2.614	6,5 (6,0-7,0)	26	2,5 (1,6-3,9)
Consulta com outro profissional de saúde (fisioterapeuta, fonoaudiólogo, psicólogo, nutricionista, enfermeiro, etc.)	2.390	6,0 (5,5-6,5)	31	3,4 (2,2-5,3)
Atendimento com agente comunitário de saúde	122	0,2 (0,2-0,3)	2	0,2 (0,0-1,1)
Atendimento na farmácia	635	1,4 (1,1-1,7)	16	2,7 (1,4-5,2)
Vacinação	895	1,9 (1,6-2,2)	8	1,0 (0,4-2,4)
Medição/aferição de pressão arterial, injeção, curativo	1.107	3,1 (2,8-3,5)	17	2,6 (1,4-4,9)
Quimioterapia, radioterapia, hemodiálise ou hemoterapia	197	0,5 (0,4-0,6)	5	0,2 (0,0-0,5)
Exame complementar de diagnóstico (sangue, urina, imagem, etc)	2.576	6,2 (5,8-6,6)	45	4,6 (2,8-7,5)
Gesso ou imobilização	185	0,6 (0,4-0,7)	2	0,1 (0,0-0,4)
Pequena cirurgia em ambulatório	274	0,7 (0,6-0,8)	13	1,9 (1,0-3,5)
Internação hospitalar ou cirurgia	794	1,9 (1,7-2,1)	18	1,9 (1,1-3,2)
Práticas integrativas e complementares como acupuntura, homeopatia, plantas medicinais e fitoterapia, meditação, yoga, <i>tai chi chuan</i> e <i>liang gong</i>	46	0,1 (0,0-0,2)	0	0
Práticas de promoção de saúde, tais como grupos de atividade física, orientação sobre alimentação saudável, uso abusivo de outras drogas, grupo de cessação de tabagismo	30	0,1 (0,0-0,1)	0	0
Outro atendimento	470	1,1 (1,0-1,4)	18	1,9 (0,9-3,6)

Com relação as internações hospitalares, a maioria da população não ficou internada em hospital por 24 horas ou mais nos últimos 12 meses (93,4% para o Brasil e 92,3% para Mato Grosso). Para aqueles que ficaram, o principal motivo foi para tratamento clínico (43,7% para o Brasil e 51,5% para Mato Grosso). O estabelecimento de saúde da internação foi público para a maioria (65,0% para o Brasil e 75,7% para Mato Grosso), sem cobertura por plano de saúde (70,6% para o Brasil e 83,2% para Mato Grosso), sem pagamento de valores (89,0% para o Brasil e 85,8% para Mato Grosso) e por meio do SUS (64,6% para o Brasil e 75,6% para Mato Grosso) (tabela 2).

Tabela 2 - Descrição das internações hospitalares, Brasil e Mato Grosso, 2019.

Questões	Brasil		Mato Grosso	
	N	% - IC 95%	N	% - IC 95%
Nos últimos 12 meses, ficou internado(a) em hospital por 24 horas ou mais?				
Sim	17.392	6,6 (6,4-6,7)	533	7,7 (7,0-8,6)
Não	261.990	93,4 (93,3-93,6)	6.758	92,3 (91,4-93,0)
Qual foi o principal atendimento de saúde que recebeu quando esteve internado(a) (pela última vez) nos doze últimos meses?*				
Parto normal	919	5,0	36	6,7 (4,4-10,3)
Parto cesáreo	1.268	7,1	36	6,9 (4,5-10,4)
Tratamento clínico	8.019	43,7	267	51,5 (45,3-57,6)
Tratamento psiquiátrico	292	1,8	3	0,7 (0,2-2,4)
Cirurgia	5.661	35,1	160	27,5 (22,2-33,7)
Exames complementares de diagnóstico	902	5,3	19	4,5 (2,3-8,6)
Outro	331	2,0	12	2,2 (1,1-4,4)
O estabelecimento de saúde em que esteve internado(a) pela última vez nos últimos 12 meses era?*				
Público	12.034	65,0	374	75,7 (70,1-80,6)
Privado	5.330	34,8	159	24,3 (19,4-29,9)
Não sabe/Não lembra	28	0,2	0	0
A última internação nos últimos 12 meses foi coberta por algum plano de saúde?*				
Sim	4.324	29,4	114	16,8 (12,9-21,6)
Não	13.068	70,6	419	83,2 (78,4-87,1)
Pagou algum valor por esta última internação?*				
Sim	1.954	11,0	95	14,2 (10,6-18,7)
Não	15.438	89,0	438	85,8 (81,3-89,4)
Esta última internação foi feita através do Sistema Único de Saúde (SUS)?*				
Sim	11.949	64,6	372	75,6 (69,7-80,6)
Não	5.412	35,2	161	24,4 (19,4-30,3)
Não sabe/Não lembra	31	0,2	0	0

*Erros padrões ausentes devido ao estrato com unidade amostral única.

A tabela 3 mostra a descrição dos atendimentos de urgência e emergência no domicílio. A maioria não teve esse tipo de atendimento nos últimos 12 meses (97,7% para o Brasil e 97,8% para Mato Grosso). Dentre a maioria daqueles que tiveram, o atendimento não foi coberto por plano de saúde (80,9% para o Brasil e 91,5% para Mato Grosso), não houve pagamento de valores (93,2% para o Brasil e 91,5% para Mato Grosso) e foi feito através do SUS (76,1% para o Brasil e 83,4% para Mato Grosso). Também para a maioria, não houve transporte por ambulância para um serviço de saúde (61,7% para o Brasil e 59,7% para Mato Grosso), mas dentre aqueles que houve esse transporte, a maioria relatou ter sido realizado pela SAMU no Brasil (53,8%), mas por ambulância de serviço público de saúde para Mato Grosso (43,5%), sendo este o único resultado diferente entre o Brasil e Mato Grosso.

Tabela 3 - Descrição dos atendimentos de urgência e emergência no domicílio, Brasil e Mato Grosso, 2019.

Questões	Brasil		Mato Grosso	
	N	% - IC 95%	N	% - IC 95%
Nos últimos 12 meses, teve atendimento de urgência ou emergência no domicílio?				
Sim	6.084	2,3 (2,2-2,5)	150	2,2 (16,3-28,5)
Não	273.298	97,7 (97,5-97,8)	7.141	97,8 (97,2-98,4)
Este atendimento foi coberto por algum plano de saúde?*				
Sim	997	19,1	20	8,5
Não	5.087	80,9	130	91,5
Pagou algum valor por este atendimento? *				
Sim	398	6,8	18	8,5
Não	5.686	93,2	132	91,5
Este atendimento foi feito através do SUS? *				
Sim	4.769	76,1	118	83,4
Não	1.304	23,7	31	16,4
Não sabe/Não lembra	11	0,2	1	0,2
Neste atendimento, foi transportado por ambulância para um serviço de saúde? *				
Sim	2.329	38,3	54	40,3
Não	3.755	61,7	96	59,7
O transporte foi feito por:				
SAMU	1.162	53,8	25	30,8
Ambulância de serviço público de saúde	883	32,4	19	43,5
Ambulância de serviço de saúde privado/plano de saúde	125	6,1	3	5,0
Corpo de Bombeiros	139	7,1	6	20,1
Outro	20	0,6	1	0,6

*Erros padrões ausentes devido ao estrato com unidade amostral única.

Discussão

Os resultados do presente estudo identificaram, sobretudo, a preponderância das Unidades Básicas de Saúde (UBS), do setor público de saúde do SUS na utilização dos serviços de saúde no Brasil e em Mato Grosso. Também se identificou um cenário no qual internações e atendimentos de urgência e emergência em domicílio não foram a maioria nos últimos 12 meses que antecederam a pesquisa. De maneira geral, Mato Grosso apresentou perfil semelhante ao Brasil como um todo com relação a utilização de serviços de saúde.

No Brasil, a Atenção Primária de Saúde (APS) deve ser implantada de maneira a considerar a descentralização, com alto grau de capilaridade, ocorrendo no local mais próximo das comunidades, ou seja, nas UBS, que são as suas principais estruturas físicas, e devem ser instaladas na comunidade onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde (RAS), e por isso se faz tão importante em se tratando do SUS. É fundamental que ela seja orientada pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da integralidade da atenção, da continuidade do cuidado, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. Ressalta-se que, basicamente, além das UBS, também fazem parte da atenção primária no Brasil, as Equipes de Saúde da Família (ESF) e os Equipe Multiprofissional da Atenção Básica (e-Multi), além dos agentes comunitários de saúde (Brasil, 2012).

Importante destacar que, essencialmente, a APS não trata apenas doenças ou condições específicas, mas cuida de pessoas, ofertando atendimento integral, acessível e baseado nas necessidades das comunidades, e que pode atender de 80% a 90% das necessidades de saúde de um indivíduo ao longo de sua vida. Isso inclui uma gama de serviços que vão desde a promoção da saúde, até o controle de doenças crônicas e cuidados paliativos

(OPAS, 2024). Essa abrangência e proximidade pode explicar, em parte, o maior percentual encontrado de procura e atendimento nas UBS e, em consequência, de atendimento público de saúde pelo SUS, uma vez que para grande parte da população, a APS é a única forma de acesso à saúde.

Embora consagrada na saúde pública, a APS também é utilizada na saúde suplementar, atuando na redução da sinistralidade (relação entre o custo por acionar o plano de saúde e o valor que a operadora do plano recebe pelas despesas com atendimentos e procedimentos prestados) e nos custos das operadoras de saúde (ANS, 2023).

Apesar do reconhecimento da APS em responder às rápidas mudanças econômicas, tecnológicas e demográficas que impactam a saúde e o bem-estar, ela apresenta desafios como os relacionados a infraestrutura, recursos humanos e cobertura. Sobre esse último, há muitos municípios no Brasil que ainda não são cobertos por equipes da APS, sobretudo a população dos grandes centros urbanos. Entretanto, ter cobertura de saúde da família, não significa ter um bom acesso a cuidados de APS. Considerando a infraestrutura, para serem resolutivas, as UBS precisam estar bem equipadas, com mobiliário e insumos adequados, para que possam garantir o desenvolvimento pleno do conjunto de ações da equipe, como a realização de procedimentos, imunizações, consultas entre outros, e até espaço reservado para a escuta inicial do acolhimento do usuário (Gonçalves *et al.*, 2017). A valorização e ampliação do quadro dos trabalhadores da APS também é um passo importante. O estabelecimento de processos de provimento e fixação de profissionais em municípios de menor porte populacional e em periferias de grandes centros urbanos são passos necessários neste sentido (Girardi, 2010).

Outro resultado do presente estudo foi a identificação da maior procura por atendimento de saúde no último ano, embora não nas duas últimas semanas anteriores a pesquisa, sobretudo por consulta médica, com registro de atendimento. Segundo Dias *et al.* (2016, p. 8), “O não atendimento às pessoas que procuraram pelos

serviços na APS vai contra os princípios do SUS, que pregam o acolhimento no nível primário como importante estratégia de reorganização do modelo assistencial”. A procura por atendimento de saúde pode estar relacionada ao processo de envelhecimento que, geralmente, vem acompanhado de uma maior necessidade de cuidados à saúde (Dias *et al.*, 2016).

Estudo de Stopa *et al.* (2017), que teve por objetivo descrever o uso de serviços de saúde na população brasileira segundo fatores sociodemográficos, de acordo com dados da PNS de 2013, e encontrou que entre os indivíduos que procuraram o serviço de saúde nas duas semanas prévias à pesquisa, 95,3% (IC95%: 94,9–95,8) conseguiram usá-lo na primeira vez que procurou. No estudo de Szwarcwald *et al.* (2021), que objetivou comparar os padrões de utilização de serviços de saúde, a partir das informações das edições da PNS de 2013 e 2019, revelou-se que a proporção de busca de atendimento cresceu de 15,3 a 18,6%, e de uso dos serviços de médicos, de 71,2% a 76,2%, com amplitudes de variação de 61,4-75,8% e 68,0-80,6% entre as regiões Norte e Sudeste.

Em 2018, a OPAS lançou o relatório intitulado “30 anos de SUS – Que SUS para 2030?”. A publicação traz alguns dos maiores conhecimentos e experiências acumuladas no SUS brasileiro, de maneira a contribuir para que o país alcance as metas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). Uma das conclusões do relatório é a importância da expansão e consolidação de uma APS forte, que ordene as RAS e as integre aos sistemas de vigilância em saúde, destacando que uns dos principais mecanismos para a expansão da cobertura da atenção primária tem sido a consolidação da ESF (OPAS, 2018).

Com relação a cobertura da ESF, Mato Grosso tem apresentado aumento discreto nos últimos anos, de maneira geral com coberturas abaixo de 70,0%, com variações entre as regiões de saúde. A Baixada Cuiabana, que concentra dois dos maiores municípios do estado (a capital Cuiabá e Várzea Grande), historicamente, têm mantido as mais baixas coberturas (Martinelli *et al.*, 2023).

Dados do relatório Previne Brasil, produzido e publicado pela Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso (SES/MT) teve, por objetivo, apresentar a sistematização dos indicadores de desempenho da Atenção Primária, no terceiro quadrimestre de 2020, a fim de instrumentalizar os técnicos dos Escritórios Regionais de Saúde (ERS) nas ações de monitoramento e avaliação, apoiar os municípios nas reflexões quanto aos processos de trabalho das equipes de atenção básica, bem como subsidiar os gestores na tomada de decisão. Os resultados mostraram significativas fragilidades no âmbito da APS no que se refere a assistência ou a própria alimentação do seu Sistema de Informação. A meta de 60% estabelecida para o indicador “proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 20ª semana de gestação”, por exemplo, foi alcançada somente por 41 municípios (29,1%). Para o indicador “proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV”, a meta de 60% foi alcançada por 39 municípios (27,7%). Quanto ao indicador “coberturas vacinais de poliomielite inativada e de pentavalente”, 24 municípios (17,0%) alcançaram a meta de 95%. Já o “percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada” foi alcançado apenas por um município. A meta estabelecida de 40% para a “cobertura de exame citopatológico” não foi alcançada por nenhum município, assim como a meta de 50% estabelecida para os indicadores “percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida em cada semestre”. O relatório destaca a necessidade dos profissionais que atuam em equipes locais de saúde se atentarem para a adequação e aprimoramento dos registros (SES/MT, 2021).

Apesar das internações e atendimentos de urgência e emergência em domicílio não terem sido citados pela maioria da população investigada nos últimos 12 meses que antecederam a pesquisa, sabe-se que elas podem gerar impactos negativos, tanto na qualidade de vida dos indivíduos acometidos, quanto no sistema de saúde. Destaca-se que a hipertensão arterial sistêmica e o Diabetes Mellitus configuram como as principais causas de morte

e invalidez em todo o mundo. Em 2018, houve 1.829.779 internações por causas associadas à hipertensão, ao diabetes e à obesidade no SUS, o que correspondeu a, aproximadamente, 16% do total de internações hospitalares e a um custo total de R\$ 3,84 bilhões. A hipertensão, isoladamente, foi responsável por 59% deste custo (mais de R\$ 2 bilhões por ano), e o diabetes por 30% (Nilson *et al.*, 2018). No estudo de Palmeira *et al.* (2022) que teve, por objetivo, descrever o acesso e a utilização de serviços de saúde na população brasileira segundo características sociodemográficas, de acordo com os dados da PNS de 2019, revelou que a proporção de internação hospitalar por mais de 24 horas nos últimos 12 meses foi maior na Região Centro-Oeste (9,2%), e menor para a Região Norte (6,6%).

É possível acreditar que os gastos com a atenção hospitalar no Brasil seriam maiores sem a expansão da APS e, principalmente, sem a implantação da ESF. A partir dessas mudanças, houve uma melhoria significativa na atenção à saúde, de modo que o local primário de atendimento migrou do ambulatório para o posto/centro de saúde e, gradualmente, o hospital tem deixado de ser a porta de entrada do sistema de saúde (Viacava *et al.*, 2018).

Esse estudo possui limitações uma vez que foi baseado em dados referidos, sujeitos ao viés de memória. Adicionalmente, as perguntas de investigação podem ser respondidas pelo informante-chave do domicílio, aumentando a possibilidade de erros de medição de eventos passados (Szwarcwald *et al.*, 2021).

No entanto, forneceu um perfil abrangente sobre a utilização de serviços de saúde no Brasil e em Mato Grosso, demonstrando a relevância do monitoramento dessa utilização, para que o seu conhecimento possa permitir um desempenho mais efetivo do SUS, de forma a orientar políticas de saúde equânimes, baseadas na identificação dos riscos e grupos de riscos, e nas necessidades da população quanto ao acesso e utilização dos serviços de saúde no Brasil e em Mato Grosso.

O presente estudo foi capaz de descrever importantes características de utilização de serviços de saúde no Brasil e em Mato

Grosso, como: a procura por alguma UBS quando doente ou precisando de atendimento de saúde, sendo esta a primeira opção de procura; para atendimento de saúde, procura por serviço público de saúde e do SUS, sem cobertura de plano de saúde ou de pagamento de valores pelo atendimento, o que ocorreu também para as internações e atendimentos de urgência e emergência no domicílio; procura por atendimento médico no último ano, sobretudo por consulta médica; a maioria da população investigada não esteve internada ou teve atendimento de urgência e emergência no domicílio no último ano. Conclui-se que o SUS foi a principal, e talvez deva ser a única, forma de acesso a serviços de saúde para a população. Novas pesquisas sobre o tema devem ser conduzidas de maneira a se captar as desigualdades existentes nesse acesso.

Referências

ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Panorama: saúde suplementar**. Boletim panorama: saúde suplementar. Rio de Janeiro: ANS, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. 2023. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>. Acesso em: 04 mai. 2023.

DIAS, O. V.; ARAÚJO, F. F.; OLIVEIRA, R. M.; CHAGAS, R. B.; COSTA, S. M. Acesso às consultas médicas nos serviços públicos de saúde. **Revista Brasileira de Medicina da Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 38, p. 1-13, jan/dez. 2016.

GIRARDI, S.; CARVALHO, C. L.; MAAS, L. W. D.; FARAH, J.; FREIRE, J. A. O trabalho precário em saúde: tendências e

perspectivas na Estratégia da Saúde da Família. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 45, p. 11-23, mai. 2010.

GONÇALVES, M. R.; UMPIERRE, R. N.; D'AVILA, O. P.; KATZ, N.; MENGUE, S. S.; SIQUEIRA, A. C. S. *et al.* Expanding Primary Care Access: A Telehealth Success Story. **Annals of Family Medicine**, Leawood, v. 15, n. 4, p. 383, 2017.

MALTA, D. C.; LEAL, M. C.; COSTA, M. F. L.; MORAIS NETO, O. L. Inquéritos Nacionais de Saúde: experiência acumulada e proposta para o inquérito de saúde brasileiro. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 11, supl 1, p. 159-67, 2008.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades e Estados**. 2023. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados>. Acesso em: 23 fev. 2024.

MARTINELLI, N. L. *et al.* Análise da estruturação da Rede de Atenção à Saúde no estado de Mato Grosso, Brasil, no contexto da Regionalização. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 585-598, 2023.

NILSON, E. A. F.; ANDRADE, R. C. S.; BRITO, D. A.; OLIVEIRA, M. L. Custos atribuíveis a obesidade, hipertensão e diabetes no Sistema Único de Saúde, Brasil, 2018. **Revista Panamerica de Salud Publica**, Washington, v. 44, e32, p. 2020.

OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde. **Atenção primária à saúde**. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/atencao-primaria-saude>. Acesso em: 26 jan. 2024.

OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde. **Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030?** Brasília (DF): OPAS, 2018.

PNS – Pesquisa Nacional de Saúde. **Delineamento da PNS**. 2021. Disponível em: <https://www.pns.icict.fiocruz.br/delineamento-da-pns/>. Acesso em: 04 maio 2023.

PNS – Pesquisa Nacional de Saúde. **Pesquisa Nacional de Saúde 2019: informações sobre domicílios, acesso e utilização dos**

serviços de saúde: Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. 85p.

SES/MT - Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso.

Relatório Indicadores - Previne Brasil - 3º Quadrimestre. Cuiabá (MT): SES/MT, 2021. 67 p.

STOPA, S. R.; MALTA, D. C.; MONTEIRO, C. N.; SZWARCOWALD, C. L.; GOLDBAUM, M.; CESAR, C. L. G. Acesso e uso de serviços de saúde pela população brasileira, Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, supl. 1, P. 1s-11s, 2017.

SZWARCOWALD, C. L. *et al.* Mudanças no padrão de utilização de serviços de saúde no Brasil entre 2013 e 2019. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, supl. 1, p. 2515-2528, 2021.

THEME-FILHA, M. M.; SZWARCOWALD, C. L.; SOUZA-JÚNIOR, P. R. B. Características sócio demográficas, cobertura de tratamento e auto avaliação da saúde dos indivíduos que referiram seis doenças crônicas no Brasil, 2003. **Cadernos de Saude Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, supl. 1, p. S43-53, 2005.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. S190-S198, 2004.

VIACAVA, F.; OLIVEIRA, R. A. D.; CARVALHO, C. C.; LAGUARDIA, J.; BELLIDO, J. G. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1751-1762, 2018.

WHO - World Health Organization. **Global school-based student health survey**. 2005. Disponível em: <https://extranet.who.int/ncdsmicrodata/index.php/catalog/51>. Acesso em: 02 fev. 2024.

Parte II

Saúde da população idosa

Capítulo 8

Envelhecimento ativo em Mato Grosso segundo sexo: Pesquisa Nacional de Saúde, 2019

Jucimara Alves de Pontes Farias
Alba Regina Silva Medeiros
Amanda Cristina de Souza Andrade
Reni Aparecida Barsaglini
Leila Auxiliadora José de Sant'Ana
Neuciani Ferreira da Silva Sousa

Introdução

A população idosa mundial tem aumentado de forma rápida nas últimas décadas. Os dados demográficos mostram um cenário de transição na estrutura etária, com redução na taxa de fecundidade, diminuição da proporção de crianças e jovens e, conseqüentemente, um crescimento acelerado no número de pessoas idosas (OPAS, 2020). Em 2018, pela primeira vez na história, o número de pessoas com 65 anos ou mais superou o número de crianças com menos de cinco anos em todo o mundo.

As estimativas indicam que, até 2050, uma em cada seis pessoas no mundo terá mais de 65 anos (16%), superando a proporção observada em 2019 (9%), que era de uma em cada onze pessoas (Nações Unidas, 2019).

No Brasil, os dados demográficos em relação ao envelhecimento também são expressivos. No último censo realizado em 2022, a população com 60 anos ou mais foi contabilizada em 32.113.490 milhões (15,81% da população total), representando um acréscimo de 56,0% em relação a população recenseada em 2010. Do total de pessoas idosas, 55,7% eram mulheres e 44,3% homens. Os dados também revelaram que o índice de envelhecimento alcançou

80,0 em 2022, indicando que há 80 pessoas idosas para cada 100 crianças e adolescentes de 0 a 14 anos, ou seja, esse indicador quase duplicou em relação ao observado em 2010, que era de 44,8. Em Mato Grosso, do total de 3.658.649 habitantes, a população idosa correspondia a 11,8% (IBGE, 2023).

Este cenário demográfico é desafiador tanto para o setor público quanto para a iniciativa privada, abrangendo questões financeiras, previdenciárias, sociais, ambientais e de saúde. Ele impõe a necessidade de novos paradigmas e métodos de planejamento, gestão e prestação de serviços e cuidados (Veras, 2007).

Nessa perspectiva, a Organização Mundial da Saúde (OMS) tem incentivado a promoção do envelhecimento ativo e reconhece que, além dos cuidados com a saúde, outros fatores afetam o modo como os indivíduos e as populações envelhecem. Ou seja, envelhecer ativamente é um direito que está intimamente relacionado às oportunidades de acesso contínuo à saúde, participação, segurança e aprendizagem ao longo da vida, e não simplesmente a uma escolha pessoal. Isso ocorre porque as escolhas são afetadas pelas condições de vida, em que pese as desigualdades sociais, e pelas diferentes trajetórias (OMS, 2005; Centro Internacional de Longevidade Brasil, 2015).

Apesar de ser entendido como direito, a literatura revela que o envelhecimento ativo ainda não se concretizou, na prática, para a maioria da população idosa brasileira (Pinto; Neri, 2017; Sousa *et al.*, 2019; Sousa; Lima; Barros, 2021). Além disso, verifica-se que as diferenças de gênero nos indicadores de envelhecimento ativo refletem as diversas experiências e realidades enfrentadas por homens e mulheres ao longo do curso de vida, marcadas pelas desigualdades sociais (Campos; Ferreira; Vargas, 2015; Sousa *et al.*, 2018), que são históricas na sociedade brasileira. A fim de dar maior visibilidade para essa questão no estado de Mato Grosso, este estudo tem como objetivo analisar a prevalência de indicadores de envelhecimento ativo na população idosa e sua distribuição segundo sexo, em 2019.

Este é um estudo quantitativo, descritivo, de base populacional, realizado a partir de dados provenientes da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS). No Brasil, foram entrevistados 90.846 moradores, que responderam ao questionário sobre estado de saúde, estilo de vida e doenças crônicas, entre outros aspectos (Stopa *et al.*, 2020). Neste estudo foram analisados os dados de residentes no estado, que tinham 60 anos ou mais de idade, resultando uma amostra de 513 indivíduos. Foram estimadas as prevalência de indicadores de envelhecimento ativo e para a comparação entre os sexos foi realizado o teste do qui-quadrado de Pearson com ajuste de Rao-Scott, considerando-se estatisticamente significativos aqueles com $p < 0,05$.

Indicadores de envelhecimento ativo em Mato Grosso

A Tabela 1 apresenta a prevalência de participação da população idosa em tarefas de cuidado de pessoas e afazeres domésticos, segundo sexo. Os dados mostram uma participação maior de pessoas do sexo feminino em tarefas de cuidado de pessoas, como alimentar, vestir, pentear, dar remédio, dar banho, colocar para dormir (19,8%), no auxílio de atividades educacionais (11,2%) e no monitoramento ou companhia dentro do domicílio (27,7%), quando comparadas às do sexo masculino (9,8%, 5,4% e 12%) respectivamente. Atividades como leitura, jogos ou brincadeiras, transporte/acompanhamento de pessoas e as atividades de cuidado de parentes que não moravam no domicílio não mostraram diferenças estatisticamente significativas entre os sexos.

Quanto ao envolvimento nas atividades de afazeres domésticos (Tabela 1), entre as mulheres houve maior prevalência de participação na preparação de alimentos e lavagem de louças (85,9%) do que entre os homens (50,5%), assim como na limpeza ou manutenção de roupas e sapatos (82,7% *versus* 48,9%), limpeza do domicílio, garagem, quintal ou jardim (74,7% e 58,3%, respectivamente) e na realização de compras ou pesquisa de preços de bens para o domicílio (79,3% contra 64,5%, nessa ordem).

Por outro lado, entre os homens foi verificada maior prevalência de realização de pequenos reparos ou manutenção do domicílio, do automóvel, de eletrodoméstico ou outros equipamentos (62,0%) do que entre as mulheres (42,6%) (Tabela 1).

Ecoando com estudos realizados na América Latina que mostram a iniquidades na divisão da responsabilidade pelo cuidado no âmbito privado (Batthyány, 2009; Hirata; Lombardi, 2016), o estudo feito por Pinheiro *et al.* (2023) apontou que, no Brasil, as mulheres desempenham uma carga maior de trabalho não remunerado, como o doméstico e o de cuidados neste espaço, em comparação aos homens. O mesmo estudo revelou uma leve mudança no envolvimento dos homens mais jovens nesse tipo de atividade, entretanto, isto ainda é insuficiente para mudar a estrutura, socialmente construída, de divisão sexual do trabalho doméstico. O estudo concluiu que as normas e valores de gênero são os fatores mais importantes para determinar o tipo de trabalho de homens e mulheres, ainda que algumas características pessoais como educação, renda e composição familiar possam modificar levemente esse efeito.

Enfim, o fato de ser mulher aumenta o tempo semanal gasto com trabalho e cuidados não remunerados. Sendo assim, políticas públicas sensíveis às sobrecargas femininas e aos contextos democráticos podem favorecer transformações em tais divisões (Guimarães; Hirata, 2020).

Em relação à participação no mercado de trabalho (Tabela 2), verificou-se maior prevalência de pessoas idosas do sexo masculino (37,9% contra 11,3% entre as mulheres). Há uma hegemonia masculina no mercado de trabalho, que segue um padrão de prática social marcado pela necessidade de garantir ou reforçar o orçamento, com vistas a atender demandas financeiras próprias e de familiares dependentes (Oliveira; Silva, 2012). Cabe salientar, no entanto, que este tipo de trabalho se sustenta por aquele não remunerado e invisibilizado, exercido no âmbito privado/doméstico e atribuído, predominantemente, às mulheres. Por se tratar de um estudo sobre pessoas idosas, supõe-se que estas

convenções de gênero, herdadas em um contexto distinto do momento atual, estejam enraizadas e naturalizadas no cotidiano dessa população (Camarano; Pasinato, 2007).

Quanto à participação semanal no meio social externo (Tabela 2), as mulheres foram mais ativas em atividades religiosas coletivas (50,8%) quando comparadas aos homens (33,2%), o que também é recorrente na literatura (Sousa *et al.*, 2018; Lemos; Borim; Neri, 2021). Estudo feito a partir de dados de 192 países/territórios concluiu que as mulheres são mais devotas do que os homens quando considerados vários indicadores de compromisso religioso, tais como afiliação religiosa, frequência ao local de culto, prática da oração e importância da religião na vida (Pew Research Center, 2016).

As teorias explicativas para as diferenças observadas em relação à prática religiosa se dividem em três categorias: natureza, educação ou uma combinação de ambas. Sob a plataforma da natureza estão as teorias que explicam as diferenças de gênero no comprometimento religioso a partir de causas físicas ou fisiológicas, como hormônios, genes ou predisposições. Sob a esteira da educação estão as teorias que procuram explicar a diferença religiosa entre homens e mulheres a partir de fatores sociais, tais como as taxas mais baixas de participação feminina no mercado de trabalho e as estruturas econômicas nacionais. Esse conjunto de explicações teóricas tem contribuído para reforçar o consenso de que a diferença religiosa de gênero advém de uma provável combinação complexa de múltiplos fatores, em que a cultura, as tradições religiosas e participação na força de trabalho desempenham um papel modulador nesse processo (Pew Research Center, 2016).

Tabela 1 - Prevalência dos indicadores de envelhecimento ativo segundo sexo. Mato Grosso, Pesquisa Nacional de Saúde, 2019 (n = 513).

Indicadores	To tal	Prevalência* por sexo		Valor de p***
		Femi nino (n = 260**)	Masc ulino (n = 253**)	
Cuidado de pessoas				
Auxilia nos cuidados pessoais	14,9	19,8	9,8	0,0122
Auxilia em atividades educacionais	8,3	11,2	5,4	0,0394
Leitura, jogos ou brincadeiras	7,5	9,7	5,4	0,1653
Monitoramento ou companhia dentro do domicílio	19,9	27,7	12,0	0,0015
Transporte ou acompanhamento para escola, médico etc.	15,0	18,8	11,1	0,0724
Cuidado de parentes	4,0	4,4	3,6	0,7337
Afazeres domésticos				
Preparação de alimentos e lavagem de louças	68,4	85,9	50,5	<0,0001
Limpeza ou manutenção de roupas e sapatos	66,0	82,7	48,9	<0,0001
Pequenos reparos ou manutenção do domicílio e do automóvel	52,2	42,6	62,0	0,0039
Limpeza do domicílio, a garagem, o quintal ou o jardim	66,6	74,7	58,3	0,0057
Organização do domicílio (pagar contas, contratar serviços, entre outros)	72,3	77,3	67,2	0,1014
Compras ou pesquisa de preços de bens para o domicílio	72	79,3	64,5	0,0128
Cuidado dos animais domésticos	51,1	54,8	47,4	0,2127

* Prevalências calculadas sob ponderações devidas ao desenho amostral;

Número de indivíduos na amostra não ponderada; * Teste do qui-quadrado de Pearson com ajuste de Rao-Scott. Fonte: Dados públicos da Pesquisa Nacional de Saúde, 2019.

As demais atividades relacionadas ao meio social externo (participação em associações ou movimentos sociais, trabalho voluntário ou atividades físicas) não apresentaram diferenças significativas entre os sexos, contrapondo outros achados da literatura. Por exemplo, é recorrente na literatura a constatação de que a prática de atividade física de lazer é mais prevalente no sexo masculino (Notthoff; Reisch; Gerstorf, 2017; Sousa *et al.*, 2018), o que difere dos achados deste estudo. É preciso considerar que certos eventos da vida comuns na velhice, tais como aposentadoria, mudanças nos relacionamentos, mudança na condição física, viuvez, perdas interpessoais, entre outros, mudam a rotina e a dinâmica de vida dos indivíduos e podem afetar o compromisso de ser fisicamente ativo (Van Dyck *et al.*, 2016). Para além de aspectos pessoais, há de se considerar, também, a oferta, a disponibilização e a manutenção de alternativas públicas que viabilizem as práticas em questão. Caso contrário, tais práticas ficam confinadas à mercantilização, restritas ao poder de consumo enquanto mercadoria, como tratado por Mascarenhas (2005) pelo conceito de “mercolazer”, referindo-se às atividades físicas.

Neste estudo não foram observadas diferenças entre os sexos na realização de trabalho voluntário. A literatura apresenta divergências em relação às diferenças de gênero nesse tipo de trabalho, que podem se correlacionar com diferenças nos níveis de renda e experiências de emprego de homens e mulheres, além de aspectos culturais (Principi *et al.*, 2012; Ilinca *et al.*, 2016).

Alguns fatores contribuem para a baixa participação social das pessoas idosas, tais como a falta de incentivo para sua prática, o estado de saúde e o nível socioeconômico comprometido (Pinto; Neri, 2017), demandando a garantia de melhores condições de vida e saúde que possibilitem a participação dos idosos nesse tipo de atividade, a fim de evitar o isolamento social e oportunizar o protagonismo das pessoas idosas, e outros benefícios. Não obstante, salienta-se a necessária valorização da sabedoria ancestral advinda do saber da experiência das pessoas idosas, as quais carregam memórias de acontecimentos, lugares e personagens em que se

entrelaçam elementos biográficos e coletivos que são oportunas para as conexões intergeracionais – esta que, também, merece ser promovida.

Salienta-se que os recursos educacionais e financeiros podem não apenas permitir que as pessoas entrem na velhice com maior nível de participação social, como também determinar a continuidade dessa participação no transcorrer do tempo. Soma-se a isso o fato de que o nível de complexidade da participação social pode ser definido pelo *status* socioeconômico. Isso porque, a participação social coletiva, definida como ações direcionadas para o próprio grupo e não para alcançar um objetivo externo, é comumente exercida pela maioria das pessoas idosas (exemplo: jogos, viagens em grupo, entre outras). Por outro lado, a participação produtiva, que envolve a prestação de serviços para outros (exemplo: trabalho voluntário), e a participação política, que envolve atos de decisão sobre grupos sociais (exemplo: partidos políticos, movimentos sociais) exigem, além da disponibilidade de tempo, habilidades especiais e recursos adicionais, como conhecimento e a competência social para o seu efetivo exercício (Bukov; Maas; Lampert, 2002; Ilinca *et al.*, 2016).

Tabela 2 - Prevalência dos indicadores de envelhecimento ativo segundo sexo. Mato Grosso, Pesquisa Nacional de Saúde, 2019 (n = 513).

Indicadores	To tal	Prevalência* por sexo		Valor de p***
		Femi nino (n = 260**)	Masc ulino (n = 253**)	
Participação semanal no meio social				
Prática de atividades esportivas, exercícios físicos, recreativos ou artísticos	14,3	16,5	12,0	0,3245
Associações de moradores ou funcionários, movimentos sociais/comunitários	1,8	2,5	1,0	0,1652
Atividades coletivas da sua religião ou de outra religião	42,1	50,8	33,2	0,0038
Trabalho voluntário	4,4	7,1	1,6	0,0883
Participação no mercado de trabalho (na semana de referência)				
Trabalho remunerado	24,5	11,3	37,9	<0,0001
Bico ou atividade ocasional	4,2	2,7	6,4	0,1303
Atividades educacionais				
Frequência à escola ou universidade	1,5	0,6	2,5	0,0967

*Prevalências calculadas sob ponderações devidas ao desenho amostral;

Número de indivíduos na amostra não ponderada; *Teste do qui-quadrado de Pearson com ajuste de Rao-Scott. Fonte: Dados públicos da Pesquisa Nacional de Saúde, 2019.

No que diz respeito à frequência à escola ou universidades, verificou-se uma baixa prevalência entre a população idosa (1,5%), sem diferença entre os sexos. Outros estudos apontam uma baixa participação dos idosos sem cursos regulares de alfabetização, da educação básica ou do Ensino Superior, ou outros tipos (Ribeiro *et al.*, 2009; Sousa *et al.*, 2018), o que contrapõe a política de envelhecimento ativo, que tem como um de seus pilares a otimização das oportunidades de aprendizagem ao longo da vida, visando a inclusão social e tecnológica, o crescimento pessoal e

profissional, a redução da vulnerabilidade social e a preservação das funções cognitivas (Centro Internacional de Longevidade Brasil, 2015). Salienta-se, porém, que a aprendizagem também pode ocorrer em espaços e situações para além daqueles formais, institucionalizadas, os quais convém propor, apoiar e fomentar, pois envolvem sociabilidade e encontros de saberes com potencial para promover bem-estar.

A importância deste estudo reside no fato de que, a visibilidade de dados sobre a distribuição da população idosa segundo variáveis de envelhecimento ativo e sexo pode servir para o fomento de atividades pouco frequentes entre os idosos ou que carecem de uma distribuição mais equânime.

Por se tratar de um estudo transversal, é possível ter ocorrido vies de sobrevivência, que se refere ao erro lógico de se estudar os idosos sobreviventes à mortalidade precoce, ou seja, com possíveis melhores condições ao longo da vida. As forças do estudo se devem ao tamanho da amostra, que permitiu estimar a maioria dos indicadores de envelhecimento ativo com bom nível de precisão nos estratos considerados, à qualidade dos dados coletados e ao uso de indicadores pouco explorados para a população idosa de Mato Grosso.

Considerações finais

As desigualdades de gênero em relação à participação no mercado de trabalho, responsabilidades domésticas e ao cuidado de dependentes, identificadas no presente estudo, são complexas e desafiadoras. Adicionalmente, verificou-se uma participação insatisfatória em atividades físicas e recreativas, bem como em associações ou movimentos sociais e comunitários, trabalho voluntário e na frequência a escolas e universidades. Essa realidade pode impactar negativamente a saúde, o bem-estar e a qualidade de vida das pessoas idosas, e se configura como desafio à implementação da política de envelhecimento ativo no estado.

Esses achados sinalizam a necessidade de estratégias públicas de promoção do envelhecimento ativo adaptadas e apropriadas para homens e mulheres em diferentes contextos de vida, de modo a evitar a permanência das desigualdades de gênero. Soma-se a necessidade de considerar outros elementos estruturais das desigualdades, como a raça/cor, dadas as possíveis intersecções que, combinadas, potencializam a fragilização ou o favorecimento do envelhecimento ativo.

Por fim, salienta-se a importância de estudos epidemiológicos de base populacional no estado de Mato Grosso, a fim de contribuir com a produção de informações que ajudem a identificar necessidades locais e subsidiar intervenções adequadas. Além de pesquisas avaliativas e compreensivas que abordem as políticas públicas, as percepções e os significados do envelhecimento ativo, praticando escutas atentas e articulando-se com outros setores institucionais e da sociedade organizada (movimentos sociais). Ou seja, ações alinhadas aos princípios da Saúde Coletiva, que reconhece o envelhecimento como direito (e como conquista) em uma sociedade que se quer justa e democrática.

Referências

- BATTHYÁNY, K. Cuidado de personas dependientes y género. Em: R. Aguirre, **Las bases invisibles del bienestar social: el trabajo no remunerado en el Uruguay**. UNIFEM, p. 87-124; 2009.
- BUKOV, A.; MAAS, I.; LAMPERT, T. Social participation in veryold age: cross-sectional and longitudinal findings from BASE. Berlin Aging Study. **Journals of Gerontology - Series B Psychological Sciences and Social Sciences (online)**, v.57, n. 6, p. 510-517, 2002.
- CAMARANO, A. A.; PASINATO, M. T. **Envelhecimento e pobreza e proteção social na América Latina**. Rio de Janeiro:

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2007 (Texto para Discussão, 1292).

CAMPOS, A. C. V.; FERREIRA, E. F. E.; VARGAS, A. M. D. Determinantes do envelhecimento ativo segundo a qualidade de vida e gênero. **Ciência & Saúde Coletiva** (*online*), v. 20, n. 7, p. 2221–2237, jul. 2015.

CENTRO INTERNACIONAL DE LONGEVIDADE BRASIL. **Envelhecimento ativo: um marco político em resposta à revolução da longevidade**. Rio de Janeiro: Centro Internacional de Longevidade Brasil; 2015.

GUIMARAES, N.; HIRATA, H. (Org.) **El cuidado en América Latina**. Colección Horizontes del cuidado. Editorial Medifé: Buenos Aires; 2020.

HIRATA, H.; LOMBARDI, M. R. **Gênero e trabalho no Brasil e na França**. Boitempo Editorial, 2016.

ILINCA, S.; RODRIGUES, R.; SCHMIDT, A.; ZOLYOMI, E. **Gender and Social Class Inequalities in Active Ageing: Policy meets Theory**. Viena: European Centre for Social Welfare Policy and Research; 2016.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2022: População por idade e sexo**. Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação. Pessoas Idosas (60 anos ou mais de idade). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2023.

LEMO, L. C.; BORIM, F. S. A.; NERI, A. L. Variáveis associadas com a prática religiosa em adultos e idosos brasileiros com 50 anos ou mais: ELSI-Brasil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia** (*online*), v. 24, n. 5, e220025, 2021.

MASCARENHAS, F. **Entre o ócio e o negócio: teses acerca da anatomia do lazer** [tese]. Campinas (SP): Faculdade de Educação Física: Universidade Estadual de Campinas; 2005.

NAÇÕES UNIDAS. População mundial deve ter mais 2 bilhões de pessoas nos próximos 30 anos. **ONU News**; 2019.

NOTTHOFF, N.; REISCH, P.; GERSTORE, D. Individual Characteristics and Physical Activity in Older Adults: A Systematic Review. **Gerontology** (online), v. 63, n. 5, p. 443- 459, 2017.

OLIVEIRA, M. B.; SILVA, N. M. Participação de aposentados nas transferências de recursos nas famílias. **Revista de Ciências Humanas** (online), Viçosa, v. 12, n. 1, p. 135-44, jan./jun. 2012.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE.

Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Tradução: Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.

OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE.

Decade of Healthy Ageing 2020-2030. Organização Pan-Americana da Saúde; 2020.

PEW RESEARCH CENTER. **The gender gap in religion around the World**. Washington DC: Pew Research Center; 2016.

PINHEIRO, L.; MEDEIROS, M.; COSTA, J.; BARBOSA, A. H. **Gênero é o que importa: determinantes do trabalho doméstico não remunerado no Brasil**. Brasília, DF: Ipea, set. 2023.44 p. ISSN 1415-4765. (Texto para Discussão, n. 2920).

PINTO, J. M.; NERI, A. L. Factor related to low social participation in older adults: findings from the Fibra study, Brazil. **Caderno Saúde Coletiva** (online), v. 25, n. 3, p. 286-293, jul. 2017.

PRINCIPI, A.; CHIATTI, C.; LAMURA, G.; FRERICHS, F. The Engagement of Older People in Civil Society Organizations. **Educational Gerontology** (online), v. 38, n. 2, p. 83-106, 2012.

RIBEIRO, P. C. C.; NERI, A. L; CUPERTINO, A. P. F. B.; YAS-SUDA, M.S. Variabilidade no envelhecimento ativo segundo gênero, idade e saúde. **Psicologia em Estudo** (online), v. 14, n. 3, p. 501–509, jul. 2009.

- SOUSA, N. F. S.; LIMA, M. G.; BARROS, M. B. A. Desigualdades sociais em indicadores de envelhecimento ativo: estudo de base populacional. **Ciência & Saúde Coletiva** (*online*), v. 26, p. 5069–5080, out. 2021.
- SOUSA, N. F. S.; LIMA, M. G.; CESAR, C. L. G.; BARROS, M. B. A. Envelhecimento ativo: prevalência e diferenças de gênero e idade em estudo de base populacional. **Cadernos de Saúde Pública** (*online*), v. 34, n. 11, p. e00173317, 2018.
- SOUSA, N. F. S.; MEDINA, L. P. B.; BASTOS, T. F.; MONTEIRO, C. N.; LIMA, M. G.; BARROS, M. B. A. Desigualdades sociais na prevalência de indicadores de envelhecimento ativo na população brasileira: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia** (*online*), v. 22, p. E190013. SUPL.2, 2019.
- STOPA, S. R.; SZWARCOWALD, C. L.; OLIVEIRA, M. M.; GOUVEA, E. C. D. P.; VIEIRA, M. L. F. P.; FREITAS, M. P. S.; SARDINHA, L. M. V.; MACÁRIO, E. M. Pesquisa Nacional de Saúde 2019: histórico, métodos e perspectivas. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, n. 5, e2020315, 2020.
- VAN DYCK, D.; CARDON, G.; BOURDEAUDHUIJ, I. Longitudinal changes in physical activity and sedentary time in adults around retirement age: what is the moderating role of retirement status, gender and educational level? **BMC Public Health** (*online*), v. 16, n. 1125, 2016.
- VERAS R. Fórum. Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. Introdução. **Cadernos de Saúde Pública** (*online*), v. 23, n. 10, p. 2463–2466, out. 2007.

Capítulo 9

Idosos morando sozinhos em Mato Grosso: uma evolução temporal a partir do inquérito VIGITEL

Thalia Eloisa Pereira Sousa Dourado

Amanda Cristina de Souza Andrade

Ana Paulo Muraro

Paulo Rogério Melo Rodrigues

Introdução

No Brasil, assim como em outros países, o envelhecimento populacional tem sido expressivo (Closs; Schwnake, 2012; Oliveira, 2019; Brasil, 2024). Esse fenômeno é caracterizado pelo aumento da proporção de pessoas idosas (≥ 60 anos em países de baixa e média renda e ≥ 65 anos em países de alta renda) em relação aos demais grupos etários da população (Oliveira, 2019). No país, o aumento desse grupo vem ocorrendo de forma rápida, passando de 20,6 milhões em 2010 para 32,1 milhões em 2022, e com projeção de aumento para aproximadamente de 66 milhões em 2050 (Brasil, 2024). O aumento rápido do envelhecimento populacional desencadeia diversos desafios à saúde pública (Closs; Schwnake, 2012; Oliveira, 2019; Brasil, 2024).

Embora o envelhecimento populacional seja percebido em todas as regiões, o Sul e Sudeste apresentam maiores proporções de pessoas idosas e é fundamental reconhecer que cada região e município apresentam necessidades específicas (Closs; Schwnake, 2012; IBGE, 2022). Na Região Centro-Oeste, o índice de envelhecimento (razão entre pessoas de 60 anos ou mais de idade em relação à população de 0 a 14 anos) aumentou de 36,0 em 2010 para 63,2 em 2022, com projeções de aumento com o passar dos anos, especialmente devido ao crescimento populacional, de atividades

econômicas e avanços na saúde na região (IBGE, 2022; Brasil, 2024). Dentre as capitais da região, Cuiabá, capital do estado de Mato Grosso vem apresentando avanços e aumento na proporção de pessoas idosas, com o índice de envelhecimento maior que a do próprio estado (63,49 e 51,9, respectivamente) (IBGE, 2022).

Concomitante ao crescimento do envelhecimento populacional, também é possível ver mudanças no arranjo domiciliar, com o aumento de domicílios unipessoais (Becceneri *et al.*, 2021; IBGE, 2023). O arranjo domiciliar unipessoal refere-se à organização social do domicílio caracterizado pela presença de apenas um morador (Melo *et al.*, 2016; Elias *et al.*, 2018). Becceneri *et al.* (2021), ao analisarem as tendências dos arranjos domiciliares da região metropolitana de São Paulo, por meio dos censos demográficos de 1991-2010, observaram predomínio e crescimento de domicílios unipessoais para pessoas idosas, em especial entre os longevos (75 anos ou mais) (Becceneri *et al.*, 2021).

O aumento de pessoas idosas residentes em domicílios unipessoais ressalta a influência do estilo de vida e da saúde física, mental e social, além da necessidade de ferramentas para a organização e formulação de políticas públicas de saúde para o grupo e promoção do envelhecimento saudável (Elias *et al.*, 2018; Roh; Weon, 2022; OPAS, 2023). Imamura *et al.* (2024), ao examinarem a relação entre viver sozinho e isolamento social na taxa de mortalidade entre idosos (65-84 anos), nos anos de 2012-2013, em Itabashi-Tóquio, encontraram a coexistência do isolamento social com o idoso viver só associada ao pior prognóstico (óbito).

Estudos nesse âmbito são importantes para conhecer e compreender melhor a participação do arranjo domiciliar unipessoal da pessoa idosa, especialmente a evolução e as características sociodemográficas desse grupo, devido à grande vulnerabilidade e necessidade de ações mais específicas e assertivas. No entanto, há poucos estudos sobre o arranjo domiciliar de idosos, evidenciando lacuna, sobretudo, considerando o envelhecimento populacional e a necessidade de

promoção de envelhecimento saudável. Assim, o objetivo desse estudo foi analisar a tendência temporal da prevalência de idosos que moravam sozinhos em Cuiabá no período de 2006 a 2021.

Métodos

Trata-se de uma análise temporal, com dados do sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) de 2006 a 2021 (Brasil, 2023). A amostra do VIGITEL constitui-se de adultos brasileiros (≥ 18 anos) em todas as 26 capitais brasileiras e no Distrito Federal que possuíam pelo menos uma linha telefônica em sua residência. A coleta do VIGITEL é realizada em duas fases. Na primeira, é feito um sorteio sistemático de 5 mil linhas telefônicas em cada capital, pelo Código de Endereçamento Postal (CEP) da residência. Em seguida, as linhas sorteadas são novamente sorteadas e organizadas em grupos de 200, preservando a distribuição proporcional de linhas por CEP. Na segunda, é realizado um sorteio dos indivíduos dentro da residência, depositando um peso para cada morador que levava em conta o número de linhas telefônicas e a quantidade total de moradores na residência, o que permite uma correção, de modo a corresponder à distribuição sociodemográfica estimada da população com acesso a telefone fixo, com isso, assegurar que todos os indivíduos tenham a mesma oportunidade de participar do estudo (Brasil, 2023).

Entre os anos de 2006 e 2019, aproximadamente 54 mil indivíduos foram entrevistados, e todas as estimativas obtidas passaram por ponderação para que sejam representativas do conjunto da população avaliada em cada cidade e para estimar as frequências dos indicadores, utilizando-se um coeficiente de confiança de 95% e erro máximo de cerca de três pontos percentuais. Nos anos seguintes, 2020 e 2021, foi estabelecido um mínimo de mil participantes por cidade, o que resultou em aproximadamente 27 mil entrevistas no total. Os dados do VIGITEL são realizados por meio de entrevistas telefônicas com o apoio de computador.

Maiores informações estão disponíveis em publicações anteriores e nos relatórios anuais do VIGITEL (Brasil, 2023).

No presente estudo, foram incluídos indivíduos com 60 anos ou mais residentes em Cuiabá – Mato Grosso. Morar sozinho foi considerado quando o(a) idoso(a) residia em domicílio unipessoal. As variáveis de estratificação sociodemográficas foram: sexo (masculino e feminino), faixa etária (60-69; 70-79; 80 anos ou mais), escolaridade (0-3; 4-7; 8-11; 12 anos ou mais)

Utilizou-se o *software Stata* (versão 16) para as análises estatísticas. Por meio do método *rake* foi ajustado os pesos amostrais, permitindo que os dados coletados reflitam melhor a composição da população residente em cada capital. Para a pós-estratificação foram considerados as variáveis sexo, faixa etária e escolaridade. A prevalência anual e intervalos de confiança de 95% (IC 95%) da prevalência de idosos que moravam sozinhos foram estimados para o conjunto total da amostra e estratificados por sexo, faixa etária e escolaridade (anos).

Para identificar as variações anuais foi utilizada a regressão *Joinpoint*, por meio do *software Joinpoint Regression Program*, versão 4.9.0.0 (*Statistical Research and Applications Branch, National Cancer Institute, Bethesda*, Estados Unidos). O método *Joinpoint* permite identificar pontos de mudanças em relação às variáveis e categorizar as tendências, identificando quais taxas dos períodos apresentaram tendências de estabilidade, aumento ou redução.

As taxas anuais da prevalência de idosos morando sozinhos em Cuiabá foram consideradas como variáveis dependentes e os anos do inquérito como variáveis independentes. O modelo *Joinpoint* fornece a *Annual Percent Change* (APC) para cada segmento e a *Average Annual Percent Change* (AAPC), e seus respectivos IC95% (Kim *et al.*, 2000; Clegg *et al.*, 2009). Mudanças significativas (aumento ou redução) nas variáveis foi adotado o nível de significância de 5% quando os coeficientes de regressão.

O VIGITEL obteve aprovação da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa para Seres Humanos do Ministério da Saúde (CAAE: 65610017.1.0000.0008). O consentimento livre e esclarecido foi

obtido por todos os indivíduos entrevistados de forma oral durante o contato telefônico.

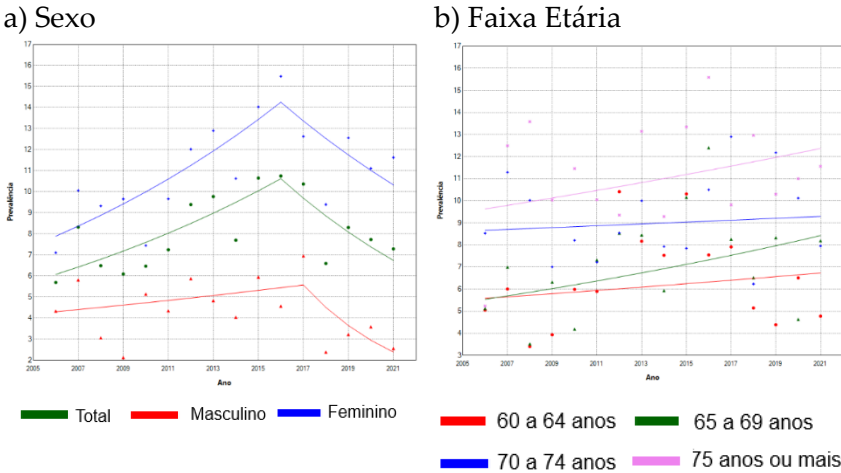
Resultados

O VIGITEL entrevistou 8.257 idosos em Cuiabá nos anos de 2006 a 2021, destes 22,0% (n=1.814) moravam sozinhos, 77,5% do sexo feminino, 32,3% tinham de 60 a 64 anos, 18,6% de 65 a 69 anos, 19,4% de 70 a 74 anos e 29,7% com 75 anos ou mais. Quanto a escolaridade, 67,9% tinham até 8 anos de estudo, 18,8% entre 8 e 12 anos e 13,3%, 12 anos ou mais.

A prevalência de idosos que moravam sozinhos variou de 5,7% em 2006 a 7,3% em 2021, sendo significativamente maior no sexo feminino em comparação ao masculino e para os idosos com 75 anos ou mais em comparação às outras faixas etárias. Não foi encontrada diferença significativa por escolaridade durante o período avaliado (Figura 1).

No período de 2006 a 2016, a prevalência de idosos que moravam sozinhos aumentou (APC: 5,74%) e entre 2016 e 2021 reduziu (APC: -8,70%). Tendências significativas de aumento foram observadas para o sexo masculino em 2006-2017 (APC: 2,38%), feminino em 2006-2016 (APC: 6,09%) e com até 8 anos de estudo em 2006-2016 (APC: 5,65%). Por outro lado, tendências significativas de redução foram observadas para o sexo masculino em 2017-2021 (APC: -19,12%), feminino (APC: -6,24) e com até 8 anos de estudo em 2016-2021 (APC: -9,69%). Os demais grupos apresentaram tendência de estabilidade no período (Tabela 1).

Figura 1 -Tendência temporal de idosos morando sozinhos por sexo, faixa etária e escolaridade. VIGITEL, Cuiabá – Mato Grosso, 2006-2021



c) Escolaridade (anos)

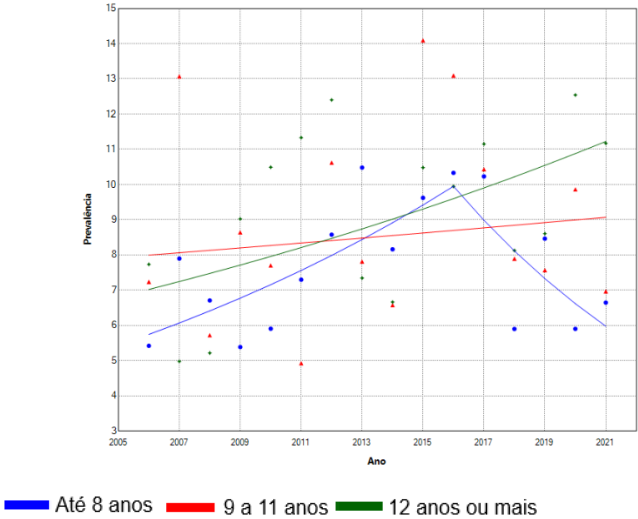


Tabela 1 – Tendência temporal de idosos, morando sozinhos, segundo sexo, faixa etária e escolaridade. VIGITEL, Cuiabá – Mato Grosso, 2006 a 2021

Características	Período ¹	APC ² (IC _{95%}) ⁴	Tendência	AAPC ³ (IC _{95%}) ⁴	Tendência
Total	2006-2016	5,74 (3,70; 10,68)*	Aumento	0,69 (-2,46; 3,30)	Estabilidade
	2016-2021	-8,70 (-25,56; -3,14)*	Redução		
Sexo					
Masculino	2006-2017	2,38 (0,08; 10,52)*	Aumento	-3,86 (-12,09; 0,79)	Estabilidade
	2017-2021	-19,12 (-65,13; -5,60)*	Redução		
Feminino	2006-2016	6,09 (4,07; 11,65)*	Aumento	1,81 (-0,86; 4,49)	Estabilidade
	2016-2021	-6,24 (-21,45; -0,96)*	Redução		
Faixa etária					
60-64 anos	2006-2021	1,26 (-2,55; 5,22)	Estabilidade	1,26 (-2,55; 5,22)	Estabilidade
65-69 anos	2006-2021	2,83 (-1,27; 7,04)	Estabilidade	2,83 (-1,27; 7,04)	Estabilidade
70-74 anos	2006-2021	0,47 (-2,78; 3,75)	Estabilidade	0,47 (-2,78; 3,75)	Estabilidade
≥ 75 anos	2006-2021	1,68 (-1,15; 4,60)	Estabilidade	1,68 (-1,15; 4,60)	Estabilidade

Continua

Tabela 1 – Tendência temporal de idosos, morando sozinhos, segundo sexo, faixa etária e escolaridade. VIGITEL, Cuiabá – Mato Grosso, 2006 a 2021.

					Continuação
Características	Período ¹	APC ² (IC _{95%}) ⁴	Tendência	AAPC ³ (IC _{95%}) ⁴	Tendência
Escolaridade (anos)					
0-8 anos	2006-2016	5,65 (2,31; 20,30)*	Aumento	0,26	Estabilidade
	2016-2021	-9,69 (-30,08; -1,12)*	Redução	(-3,07; 3,66)	
	2006-2021	0,84 (-3,51; 5,28)	Estabilidade	0,84 (-3,51; 5,28)	
	2006-2021	3,17 (-1,36; 7,83)	Estabilidade	3,17 (-1,36; 7,83)	
9-11 anos	2006-2021	0,84 (-3,51; 5,28)	Estabilidade	0,84 (-3,51; 5,28)	Estabilidade
≥ 12 anos	2006-2021	3,17 (-1,36; 7,83)	Estabilidade	3,17 (-1,36; 7,83)	Estabilidade

¹Quando há uma mudança no padrão de tendência os períodos são separados e o ano final coincide com o ano do período seguinte; ²APC: *Annual Percent Change* (APC); ³AAPC: *Average Annual Percent Change*; ⁴IC95%: Intervalo de Confiança de 95%. *p < 0,05.

Discussão

Em Cuiabá, entre 2006 e 2021, houve estabilidade no número de idosos morando sozinhos e observou-se disparidades na prevalência de idosos nessa condição de acordo com sexo, faixa etária e anos de estudo. A maior prevalência de idosos que moravam sozinhos em Cuiabá foi observada entre as mulheres e idosos longevos. Tendências de aumento e redução foram verificadas em períodos específicos entre 2006 e 2021. Tanto para as mulheres quanto para os idosos com até 8 anos de estudo, foram encontrados pontos de inflexão em 2016, com tendência de

aumento seguida de redução. Para os homens, foi observada tendência semelhante, porém, com ponto de inflexão em 2017.

No período avaliado, a prevalência de idosos que moravam sozinhos em Cuiabá foi menor a verificada em outros estudos no Brasil, tanto de abrangência nacional (Negrini *et al.*, 2018) quanto local (Soler *et al.*, 2024). Negrini *et al.* (2018), utilizando dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013 encontraram prevalência de 15,3% de idosos brasileiros que moravam sozinhos, sendo 15,4% na região Centro-Oeste. Enquanto Soler *et al.* (2024), avaliando idosos do município de São José do Rio Preto, observaram que 24,8% moravam sozinhos. As diferenças podem ser explicadas devido às variações nas amostras, assim como podem reforçar a diversidade e diferença no padrão de envelhecimento do país segundo características regionais e locais.

As características das pessoas idosas variam de acordo com as condições sociais, econômicas e culturais de onde vivem (Alonso, 2015). Em Cuiabá, é possível observar transformações econômicas, urbanas e de outras naturezas ao longo do tempo, o que pode influenciar as variações encontradas (Borges, Lopes, 2013).

Morar sozinho pode ser um agravante para a sua saúde e estilo de vida dos idosos (Negrini *et al.*, 2018; Liu *et al.*, 2023). Liu *et al.* (2023), ao investigarem os comportamentos de riscos à saúde (padrões de dietas não saudáveis, inatividade física, consumo de bebidas alcoólicas e tabagismo) de idosos na China, encontraram que aqueles que moravam só apresentaram mais comportamentos de risco à saúde (34,62% três e 27,88% cinco comportamentos de risco à saúde) comparados àqueles que não moravam só. Nesse sentido, reforça-se a influência que o tipo de arranjo domiciliar tem na saúde e a importância de realizar pesquisas abrangentes sobre o tema.

Foi possível observar no estudo maior prevalência de mulheres que moravam sozinhas comparado aos homens e entre aqueles com maior faixa etária, perfil semelhante ao encontrado na literatura internacional (Adana *et al.*, 2022; Liu *et al.*, 2023) e nacional (Ribeiro; Tavares, 2018; Negrini *et al.*, 2018; Soler *et al.*, 2024). Shams Ghahfarokhi (2022), ao avaliar a tendência de idosos

que vivem sozinhos no Irã, mostraram que a prevalência foi maior (24,1% mulheres *vs.* 5,5% homens) e crescente pelas mulheres (1986-15,0%; 2016-24,1), e nas áreas rurais do país.

O perfil sociodemográfico encontrado resulta das mudanças ocorridas na sociedade, com o aumento do envelhecimento populacional e da expectativa de vida, maior longevidade das mulheres, alterações do papel social da mulher, dos comportamentos conjugais distintos entre os sexos (maior taxa de viuvez e menor predomínio de recasamentos pelas mulheres) dentre outros (Delgado; Sousa, 2017; Cauduro; Bós; Cauduro, 2023; Camarano; Fernandes, 2023). Portanto, os formuladores de políticas públicas devem considerar essas variações e perfil dos idosos que moram só para desenvolver ações de diferentes áreas para promover melhor qualidade de vida ao grupo.

Com o declínio da saúde, associado ao avançar da idade, a pessoa idosa pode estar mais susceptível a limitações, o que pode comprometer a capacidade de morar sozinho, e a ausência de rede de apoio aumenta a sua vulnerabilidade (Delgado; Sousa, 2017; Camarano; Fernandes, 2023). Por outro lado, melhores condições de envelhecimento podem retardar e melhorar o envelhecimento, diminuindo a necessidade de cuidados diários. Além disso, avanços nas condições de saúde e na seguridade social tem levado as pessoas idosas há terem maior independência e autonomia, o que podem refletir a melhores habilitações a morar sozinha (Aguilar; Menezes; Camargo, 2018).

Não foram observadas diferenças significativas na escolaridade entre as pessoas idosas que moravam sozinhas em Cuiabá. No entanto, Adana *et al.* (2022), ao avaliar idosos (≥ 60 anos) na Turquia em 2018, identificou que o risco de morar sozinho foi cerca de duas vezes maior entre aqueles com menor escolaridade.

O presente estudo apresenta como limitações, a caracterização do arranjo domiciliar, pois morar sozinho foi mensurada apenas pela não presença de outro morador na residência. Além disso, até 2021, o inquérito VIGITEL incluía apenas os indivíduos residentes em domicílios com telefone fixo, podendo diminuir a participação

de algumas regiões, grupos socioeconômicos e a baixa cobertura de telefonia fixa, pode levar a um viés de seleção. No entanto, o uso de fatores de ponderação, utilizados no inquérito e incorporados nas análises estatísticas, pode reduzir as diferenças observadas nas populações com e sem telefone.

Apesar das limitações, destaca-se a possibilidade de retratar o perfil sociodemográfico dos idosos que moravam sozinhos em Cuiabá no período. Também como ponto forte, o estudo apresenta de forma inédita a tendência temporal no decorrer de 15 anos no arranjo unipessoal entre idosos em Cuiabá.

A partir deste estudo, destaca-se a necessidade de maiores investigações sobre as dinâmicas demográficas no município de Cuiabá, com destaque para as mudanças dos arranjos domiciliares, assim como reflexão sobre o tema, para dar embasamento para futuros estudos que investiguem as implicações dos arranjos domiciliares e indicadores de saúde na pessoa idosa. De igual modo, evidenciar a necessidade de conhecer as condições de vida e de saúde do grupo para melhor conduzir intervenções, políticas públicas, quando necessárias, para promover envelhecimento saudável e saúde as pessoas idosas.

Conclusão

A análise temporal possibilitou observar estabilidade na prevalência de idosos que moravam sozinhos em Cuiabá entre 2006 e 2021, com tendências de aumento e redução segundo características sociodemográficas em períodos específicos. Os resultados encontrados reforçam a importância de avaliar as características da composição do arranjo domiciliar para a saúde da pessoa idosa e diante da possível vulnerabilidade associada a morar só, se faz necessário investigar e aprofundar mais a temática, e formular estratégias para fortalecer o apoio social e atenção à saúde no domicílio.

Referências

- ADANA, F. *et al.* Descriptors of living alone for elders: based on Turkey national data. **BMC Geriatrics**, v. 22, n. 1, p. 37, dez. 2022.
- AGUIAR, A. C. D. S. A.; MENEZES, T. M. D. O.; CAMARGO, C. L. D. Arranjos familiares com pessoas idosas: fatores contributivos. **Avances en Enfermería**, v. 36, n. 3, p. 292–301, 1 set. 2018.
- ALONSO, F. Mulheres Idosas que residem em Domicílios Unipessoais: uma caracterização regional a partir do Censo 2010. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 18, n. 19, p. 99-122, 2015.
- BORGES, M.; LOPES, E.F. Expansão de Cuiabá, novas centralidades, novas territorialidades. **Observatório Geográfico América Latina**. Geografia Socioeconômica: Geografia urbana. 2013. Disponível em: <http://observatoriogeograficoamericalatina.org.mx/egal14/Geografiasocioeconomica/Geografiaurbana/049.pdf>. Acesso em: 11 de maio de 2025.
- BRASIL. Construir caminhos, pactuando novos horizontes. Relatório especial (2023). 25 anos: desenvolvimento humano no Brasil: Brasília, Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD; 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Vigitel Brasil 2023: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2023. Brasília: Ministério da Saúde; 2023. 131 p.
- CAMARANO, A. A.; FERNANDES, D. Famílias: espaços de cuidados e espaços a serem cuidados. In: CAMARANO, A. A.; PINHEIRO, L. (org.). **Cuidar, verbo transitivo**: caminhos para a provisão de cuidados no Brasil. Rio de Janeiro: Ipea, 2023. p. 141–181.

CAUDURO, A.; BÓS, Â. J. G.; CAUDURO, M. H. F. Fatores associados a morar sozinho e suas diferenças regionais em idosos residentes de Porto Alegre e Manaus. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, v. 18, n. 2, 11 dez. 2013.

CLEGG, L. X. *et al.* Estimating average annual per cent change in trend analysis. **Statistics in Medicine**, v. 28, n. 29, p. 3670–3682, 20 dez. 2009.

CLOSS, V. E.; SCHWANKE, C. H. A. A evolução do índice de envelhecimento no Brasil, nas suas regiões e unidades federativas no período de 1970 a 2010. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 15, n. 3, p. 443–458, set. 2012.

DELGADO, P.R., SOUZA, L.P. Vulnerabilidade social e arranjos domiciliares no Paraná. *In*: MARGUTI, B.O, COSTA, M.A, PINTO, C.V.S. Territórios em números: insumos para políticas públicas a partir da análise do IDHM e do IVS de municípios e Unidades da Federação brasileira, livro 1. Brasília: IPEA: INCT, 2017. 245p. 15 - 30 p. ISBN: 978-85-7811-296-7.

ELIAS, H. C. *et al.* Relation between family functionality and the household arrangements of the elderly. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 21, n. 5, p. 562–569, out. 2018.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Panorama da População: Indicadores Demográficos: IBGE, 2022. Disponível em: <https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/>. Acesso em: 8 maio 2025.

IMAMURA, K. *et al.* Social isolation, regardless of living alone, is associated with mortality: the Otassha study. **Frontiers in Public Health**, v. 12, p. 1365943, 15 mar. 2024.

KIM, H. J. *et al.* Permutation tests for joinpoint regression with applications to cancer rates. **Statistics in Medicine**, v. 19, n. 3, p. 335–351, 15 fev. 2000.

LIU, X. *et al.* Association between living arrangements and health risk behaviors among the Hakka older adults in Fujian, China. **BMC Public Health**, v. 23, n. 1, p. 2384, 1 dez. 2023.

MELO, N. C. V. D. *et al.* Household arrangements of elderly persons in Brazil: analyses based on the national household survey sample (2009). **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 1, p. 139–151, fev. 2016.

NEGRINI, E. L. D. *et al.* Elderly persons who live alone in Brazil and their lifestyle. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 21, n. 5, p. 523–531, out. 2018.

OLIVEIRA, A. S. Transição Demográfica, Transição epidemiológica e envelhecimento populacional no Brasil. **Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, v. 15, n. 32, p. 69–79, 1 nov. 2019.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. Guia de adaptação e implementação de diretrizes baseadas em evidências. Segunda edição. A influência do ambiente no envelhecimento saudável. O desenvolvimento da Rede Mundial de Cidades e Comunidades Amigas das Pessoas Idosas da OMS. Washington, D.C.: OPAS; 2023.

RIBEIRO, C. R.; TAVARES, D. M. S. Influência do arranjo domiciliar nas condições de saúde e na qualidade de vida dos idosos residentes na zona rural. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, v. 7, n. 1, 7 ago. 2018.

ROH, M.; WEON, S. Living Arrangement and Life Satisfaction of the Elderly in South Korea. **Social Indicators Research**, v. 160, n. 2–3, p. 717–734, abr. 2022.

SHAMS GHAFHAROKHI, M. Rising living alone among the elderly in Iran: prevalence and associated factors. **BMC Geriatrics**, v. 22, n. 1, p. 622, dez. 2022.

SOLER, D. F. L. *et al.* Pessoas idosas que moram sozinhas: análise de demanda para os serviços sociais e saúde. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 14, 27 jun. 2024.

Capítulo 10

Prática de atividade física no lazer em idosos do Estado de Mato Grosso: Pesquisa Nacional de Saúde, 2019

Jackeline Corrêa França de Arruda Bodnar Massad
Emanuelly Amandha Souza de Sá
Amanda Silva Magalhães
Neuza Cristina Gomes da Costa
Noemi Dreyer Galvão
Tânia Maria do Rosário
Amanda Cristina de Souza Andrade

Introdução

Na sociedade contemporânea, os discursos que associam a atividade física à promoção da saúde tornaram-se cotidianos. O consenso sobre essa associação vem se tornando pauta nas orientações dos profissionais da saúde com justificativas de benefícios que extrapolam a dimensão biológica do conceito de saúde, ampliando-a para o bem-estar mental, social e espiritual também.

Tais benefícios são, conforme Shilton *et al.* (2024), reconhecidos globalmente e embasam políticas de saúde para vários ciclos de vida, como vem sendo pensado para a população idosa. A Organização Mundial da Saúde descreve que a prática de AF leva à redução da incidência de condições crônicas, como hipertensão arterial, câncer e diabetes tipo 2, além de melhorar a saúde mental, cognitiva e do sono; ajudar a prevenir quedas e lesões relacionadas a esses eventos; e reduzir o declínio na saúde óssea e na capacidade funcional dos idosos (WHO, 2020).

Os benefícios que a AF proporciona nessa população são de extrema importância, especialmente no contexto atual de transição

demográfica e epidemiológica, que contribui para um processo acelerado de envelhecimento populacional e mudança na carga de doenças, com redução das infecciosas e aumento das doenças crônicas não transmissíveis (Daskalopoulou *et al.*, 2017; WHO, 2020; Mrejen; Nunes; Giacomini, 2023).

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, em 1980, a população com 60 anos ou mais representava 6,1% da população total; esse número aumentou para 10,8% em 2010 e para 15,8% em 2022 (IBGE, 2022). Conforme estimativa da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), o Brasil assumirá, em 2030, o quinto lugar no mundo em número absoluto de pessoas idosas. Nesse mesmo ano, o número de pessoas com 60 anos ou mais será 34% maior em relação a 2019, passando de 1 bilhão para 1,4 bilhão (OPAS, 2020).

Neste sentido, como a expectativa de vida aumentou, reflexões, discussões e ideias vêm sendo pensadas, como o debate proposto pela OPAS na “Década para o envelhecimento saudável” para a década atual. Nesse programa, a OPAS (2020) tem como objetivo propor ações para desenvolver e manter a habilidade funcional para o bem-estar na idade avançada. O programa tem como propósito reunir governos, sociedade civil, agências internacionais, profissionais, academia, mídia e setor privado para dez anos de ações concertadas, visando atingir o objetivo do envelhecimento saudável.

No Brasil, discute-se a reforma tributária, mas também há preocupações no campo da saúde sobre o envelhecimento ativo e saudável. Políticas têm sido pensadas para lidar com essa nova realidade, que ainda impõe desafios, não apenas no Brasil, mas também no contexto internacional. Trata-se de um tema que permite pensar o local e o global em uma perspectiva inter-relacional.

Conforme Mrejen, Nunes e Giacomini (2023), esse rápido crescimento da população idosa tem impactos individuais, econômicos e sociais, incluindo a piora na percepção do estado de

saúde com o avanço da idade, maior utilização de serviços de saúde e maior demanda por cuidados domiciliares.

No Brasil, a prevalência de atividade física de lazer entre idosos (60 anos ou mais) aumentou de 13,8% (IC95% 12,72–14,90) em 2013 para 30,1% (IC95% 29,44–30,67) em 2019. No entanto, observou-se uma redução nessa prevalência à medida que a idade avança (Mielke *et al.*, 2021) e foram maiores no conjunto das capitais do país do que no interior (Oliveira; Pinheiro, 2023).

Visto que o maior envelhecimento das pessoas é um fenômeno mundial, ampliar a produção de conhecimento para incitar ações, debates e propostas de como essa fase irá acontecer faz-se importante no campo da saúde coletiva. Não se trata apenas em envelhecer, mas do envelhecer com qualidade de vida e neste caminho, a atividade física parece ser uma forma não apenas de manter a funcionalidade corporal, mas também como promovê-la. Assim, o objetivo deste capítulo é descrever a prevalência de atividade física de lazer entre idosos do estado de Mato Grosso segundo características sociodemográficas, de saúde e estilo de vida.

Métodos

Foi realizado um estudo transversal, de base populacional, com dados da Pesquisa Nacional de Saúde (2019), realizada pelo Ministério da Saúde em parceria com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Stopa *et al.*, 2020). Para este estudo foram incluídos os moradores selecionados que tinham 60 anos ou mais de idade, residentes no Estado de Mato Grosso, perfazendo uma amostra de 513 indivíduos.

A variável desfecho do estudo foi a prática de atividade física no lazer (AFL). Para sua mensuração foi elaborado um escore de AFL, considerando o tempo despendido, a frequência semanal e o tipo de atividade realizada. Essas informações foram convertidas em tempo total de prática de AFL na semana relatada, considerando o dobro do tempo despendido em atividades vigorosas. Dessa forma, foram classificados como ativos os

participantes que relataram praticar pelo menos 150 minutos por semana conforme preconização da OMS (WHO, 2020). Além disso, foram analisados os tipos de atividade física.

As características sociodemográficas avaliadas foram: situação censitária (urbano ou rural), sexo (masculino ou feminino), faixa etária (60-69, 70-79 ou ≥ 80), cor/raça (branca, preta, parda, amarela ou indígena), estado civil (com ou sem companheiro), anos de escolaridade (0-8, 9-11 ou ≥ 12) e renda domiciliar per capita (≤ 1 salário mínimo, > 1 a 2 salários mínimos ou > 2 salários mínimos). Também foram avaliadas variáveis relacionadas à saúde e estilo de vida: percepção de saúde (muito boa/boa ou regular/ruim/muito ruim), número de doenças crônicas (0, 1-2 ou ≥ 3), índice de massa corporal (IMC) (magreza, eutrofia, sobrepeso ou obesidade), consumo de bebida alcoólica (sim ou não), fumo atual (sim ou não) e consumo regular de frutas, legumes e verduras (sim ou não).

Foi realizada uma análise descritiva das características sociodemográficas, de saúde e estilo de vida, utilizando distribuição de frequência absoluta e relativa (%), e aplicando o teste Qui-quadrado de Pearson para identificar as variáveis associadas à prática de AFL. Também foi calculada a prevalência dos tipos de atividade física mais praticados, de acordo com o sexo. Todas as análises foram realizadas no STATA, versão 17.0 (StataCorp LP, College Station, Estados Unidos), adotando-se um nível de confiança de 5%.

Resultados

Na Tabela 1 é apresentado o perfil sociodemográfico da amostra e a prevalência de AFL segundo características sociodemográficas. A amostra foi composta por idosos, em sua maioria residentes em áreas urbanas (81,4%), do sexo feminino (50,6%), na faixa etária de 60 a 69 anos (55,7%), pardos (53,4%), sem companheiro (52,8%), com até 8 anos de estudo (79,4%) e renda domiciliar de até dois salários-mínimos (77,3%).

A prevalência de AFL foi de 18,3% (IC 95%: 14,4;22,9), sendo maior entre os idosos que residiam em áreas urbanas (15,9%; $p=0,026$). Apresentou efeito dose-resposta com aumento da escolaridade (0-8 anos: 14,0%; 9-11 anos: 33,3%; ≥ 12 anos: 36,7%; $p<0,001$) e da renda domiciliar (≤ 1 salário mínimo: 9,9%; > 1 a 2 salários mínimos: 17,7%; ≥ 2 salários mínimos: 34,5%; $p<0,001$) (Tabela 1).

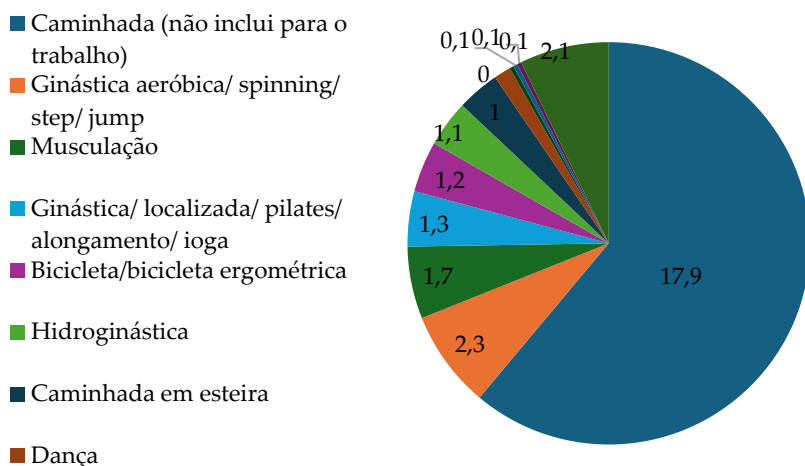
Na Figura 1 é apresentada a prevalência dos tipos de atividade física no lazer entre idosos. A caminhada (17,9%; IC 95%: 13,8;22,9), ginástica aeróbica (2,3%; IC 95%: 1,0;5,0) e musculação (1,7%; IC 95%: 0,6;4,6) foram as atividades mais frequentes entre os idosos (Figura 1).

Tabela 1 - Distribuição e prevalência da prática de atividade física no lazer segundo características sociodemográficas de idosos residentes no Mato Grosso. Pesquisa Nacional de Saúde, Brasil, 2019.

Características	Total			Ativo no lazer ^a			p-valor
	(n = 513)			(n = 82)			
	%	IC 95%		%	IC 95%		
Situação censitária							
Urbano	81,4	75,1	86,5	20,3	15,9	25,7	0,026
Rural	18,6	13,5	24,9	9,1	4,4	18,1	
Sexo							
Masculino	49,4	43,4	55,5	19,9	14,2	27,2	0,519
Feminino	50,6	44,5	56,6	16,6	11	24,3	
Faixa etária							
60-69	55,7	49,8	61,4	21,5	15,5	29,1	0,069
70-79	30	25	35,6	17,8	11,3	27	
≥ 80	14,3	9,8	20,5	6,5	2,5	16,3	
Cor/raça							
Branca	39,1	33	45,6	21,5	14,2	31,2	0,363
Preta	6	4,2	8,7	10,8	3,7	27,3	
Parda	53,4	46,9	59,9	16	10,8	23	
Amarela	1,1	0,4	2,8	-	-	-	
Indígena	0,4	0,1	1,3	-	-	-	
Estado civil							
Com companheiro	47,3	41,1	53,5	21,7	15,1	30,3	0,175
Sem companheiro	52,8	46,5	58,9	15,1	10,6	21,1	
Anos de escolaridade							
0-8	79,4	74,3	83,8	14	10,1	19,2	< 0,001
9-11	12,9	9,4	17,6	33,3	20,9	48,6	
≥ 12	7,6	5,2	11,1	36,7	21	55,7	
Renda domiciliar per capita							
≤ 1 salário mínimo	41,5	34,7	48,6	9,9	5,6	16,7	< 0,001
> 1 a 2 salários mínimos	35,8	29,8	42,3	17,7	11,5	26,1	
> 2 salários mínimos	22,7	18	28,2	34,5	24	46,8	

^a Foram considerados ativos os indivíduos que realizaram 150 minutos ou mais de atividades físicas no lazer por semana; IC95% - Intervalo de 95% de confiança.

Figura 1 - Prevalência dos tipos de atividade física no lazer de idosos residentes no Mato Grosso. Pesquisa Nacional de Saúde, Brasil, 2019.



A Tabela 2 apresenta a prevalência dos tipos de atividade física no lazer mais praticados por idosos, de acordo com o sexo. Houve diferenças significativas entre os sexos, sendo que as mulheres praticaram mais hidroginástica (2,0% versus masculino: 0,2%; $p=0,028$) e caminhada em esteira (1,9% versus masculino: 0,1%; $p<0,001$) (Tabela 2).

Tabela 2 - Prevalência dos tipos de atividade física de idosos residentes no Mato Grosso, de acordo com o sexo. Pesquisa Nacional de Saúde, Brasil, 2019.

Tipos de atividade física	Masculino			Feminino			P-valor
	(n = 253)			(n = 260)			
	%	IC95%		%	IC95%		
Caminhada (não inclui para o trabalho)	21,3	15,1	29,1	14,6	9,0	22,8	0,213
Ginástica aeróbica/ spinning/ step/ jump	0,8	0,1	5,8	3,6	1,5	8,5	0,141
Musculação	0,9	0,3	2,5	2,5	0,7	9,2	0,23
Ginástica/ localizada/ pilates/ alongamento/ ioga	0,7	0,2	2,6	1,9	0,9	4,3	0,168
Bicicleta/bicicleta ergométrica	1,2	0,4	4,3	1,1	0,2	7,3	0,936
Hidroginástica	0,2	0	1,6	2	0,5	7	0,028
Caminhada em esteira	0,1	0	0,6	1,9	0,3	9,3	< 0,001
Dança	0	-	-	0,8	0,3	2,6	0,097
Corrida em esteira	0,1	0	0,7	0	-	-	0,318
Futebol	0,1	0	0,9	0	-	-	0,318
Tênis	0,2	0	1,4	0	-	-	0,316
Outros	1,6	0,7	3,6	2,6	0,8	7,5	0,476

IC 95% - Intervalo de 95% de confiança.

Na Tabela 3, pode-se observar a prevalência de AFL, segundo características de saúde e de estilo de vida dos idosos, sendo a saúde avaliada por indicadores subjetivos que permeiam a autopercepção de ter ou estar saudável e por condições mais objetivas que é o diagnóstico de alguma doença crônica.

A maioria dos idosos entrevistados perceberam sua saúde como negativa (56,3%), relataram até duas doenças crônicas (50,8%) e foram classificados como eutróficos (52,0%). Em relação ao estilo de vida, a maioria deles não consumiam bebida alcoólica (80,2%) e tabaco (92,7%), e consumiam frutas, legumes e verduras (70,7%). Ao analisar a prevalência de AFL, segundo as variáveis de saúde e estilo de vida, observou-se que a prevalência de ativos foi

maior entre os que percebem a saúde como positiva (29,0% versus negativo: 10,0%; $p<0,001$), que foram classificados com sobrepeso ou obesos (25,5%; versus magreza: 5,7% e eutrofia: 16,0%; $p=0,015$) e relataram consumir regularmente de frutas, legumes e verduras (22,2% versus não: 8,8%; $p=0,009$) (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição e prevalência de atividade física no lazer, de acordo com características de saúde e de estilo de vida de dos idosos, residentes no Mato Grosso. Pesquisa Nacional de Saúde, Brasil, 2019.

Características	Total			Ativo no lazer ^a			p-valor
	(n = 513)			(n = 82)			
	%	IC95%		%	IC95%		
Saúde							
Percepção de saúde							
Muito boa/boa	43,7	37,3	50,3	29	21,7	37,6	< 0,001
Regular/Ruim/Muito ruim	56,3	49,7	62,7	10	6	16,1	
Número de doenças crônicas							
0	19,3	15,3	24	15,5	8,5	26,5	0,818
1-2	50,8	44,3	57,2	19	14	25,1	
≥ 3	29,9	24,6	35,9	18,9	10,9	30,7	
Índice de Massa Corporal							
Magreza	11,6	9	15	5,7	2,2	14,1	0,015
Eutrofia	52	46	57,9	16	11,4	22,1	
Sobrepeso ou obesidade	36,4	30,9	42,3	25,5	17,3	35,9	
Estilo de vida							
Bebida alcoólica							
Sim	19,8	15,7	24,7	26	16,5	38,5	0,093
Não	80,2	75,3	84,3	16,3	12,1	21,7	
Fumo atualmente							
Sim	7,3	5,2	10,1	7,8	2,1	25,3	0,132
Não	92,7	89,9	94,8	19,1	15,1	23,9	
Consumo regular de frutas, legumes e verduras							
Sim	70,7	64,2	76,6	22,2	17,2	28	0,009
Não	29,2	23,4	35,9	8,8	4,5	16,7	

^a Foram considerados ativos os indivíduos que realizaram 150 minutos ou mais de atividades físicas no lazer por semana; IC95% - Intervalo de 95% de confiança.

Discussão

Pela análise dos resultados, tem-se que a amostra é composta por idosos, com baixa escolaridade e baixa renda, indicadores de camadas sociais mais baixas e talvez isso esteja associada ao baixo número de idosos ativos, pois a prática de atividade física também se relaciona com as desigualdades sociais e como aponta alguns estudos (Crochemore-Silva *et al.*, 2020; Knuth; Antunes, 2021).

O acesso à atividade física também pode se relacionar com os tipos de atividade física que os idosos da amostra realizam, visto que a caminhada foi o mais prevalente e pode ser pela questão da facilidade, pois não exige o ingresso em alguma academia ou outro local. Geralmente é feita em espaços públicos como a rua e parques, não exigindo também equipamentos, como a musculação e alguns tipos de ginástica.

Entretanto, mesmo que a prática física seja realizada por uma parcela da amostra, é uma realidade que vem aumentando e pode estar relacionado com o aumento dos discursos sobre a importância da atividade física para um envelhecimento mais ativo e saudável, especialmente, pelos profissionais da saúde e pesquisadores que vem aumentando os estudos sobre essas relações e benefícios de diversas ordens. Realidade que pode ser constatada em alguns dados institucionais, como do VIGITEL que revela que a AFL entre idosos aumentou de 23,3% em 2009 para 27,5% em 2020 (0,41 pp/ano), com maior aumento no período de 2015 a 2020, mas que avaliada no contexto geral, a prevalência de idosos praticantes ainda estaria abaixo do ideal (Soares *et al.*, 2023).

Como afirma Socoloski *et al.* (2021) e Soares *et al.* (2023), a atividade física é determinada por uma diversidade de fatores sociais, econômicos e ambientais e as desigualdades relacionadas à prática perduram ao longo dos anos, com disparidades inclusive por região geográfica.

Essa carência na prática de atividades físicas destaca a relevância de promover incentivos voltados para esse público-alvo, visto que a falta de atividade física é considerada um fator de risco

para o declínio cognitivo, além de representar um obstáculo para um envelhecimento saudável, com qualidade de vida, preservação da cognição e prevenção de doenças crônicas e suas complicações (Barbosa; Souza, 2021; Lázari *et al.*, 2022).

As barreiras intrapessoais destacam-se como as mais frequentemente relatadas pelos idosos brasileiros para a prática de atividade física, sendo "dor, doença e/ou lesão" a mais citada. Outras barreiras igualmente relevantes incluem a "falta de segurança", o "medo de cair ou se machucar" e a percepção de "já se sentir suficientemente ativo" (Socoloski *et al.*, 2024). Logo, além das ações de promoção que incentivam a prática, a oferta de ambientes construídos, como áreas verdes e vizinhanças seguras (Kretschmer; Dumith, 2020), bem como a existência de equipamentos públicos voltados para as particularidades desse público-alvo (Dourado *et al.*, 2021; Soares *et al.*, 2023), podem favorecer a realização da atividade AFL.

Os resultados obtidos sobre saúde e as condições de adoecimento reforçam a tendência global que preocupa a área da saúde pública, dada a emergência da alta prevalência das doenças crônicas, com ocorrência da multimorbidade, que aumenta o risco de mortalidade, além do impacto sobre a capacidade funcional e qualidade de vida, e da dificuldade de enfrentamento por meio dos serviços de saúde (García-Pérez; Martínez-Bravo, 2020; OMS, 2020; Brasil, 2022).

Interessante ressaltar que na contemporaneidade o conceito de saúde tem se ampliado para além da dimensão biológica e da definição de saúde como ausência de doença e isso pode ser avaliado na autopercepção sobre o estado de saúde, uma contribuição da área das ciências sociais em saúde para inclusão das subjetividades, vivências e experiências sobre o adoecimento. Sendo assim, neste estudo, verificou-se que mais da metade da amostra considera seu estado de saúde negativo e não necessariamente estaria relacionado ao fato de ter uma condição crônica e isso indica que as demais dimensões do conceito também devem ser consideradas, pois como a maioria da amostra não

possui companheiro, muitas vezes, a solidão pode ser um fator capaz de influenciar na percepção de estar bem, além de ser um estímulo a atividade física, pois o idoso pode buscar por inclusão nos grupos de atividade física, seja de caminhada, ginástica ou dança, por exemplo.

Mais específico em relação as doenças crônicas e a relação da atividade física como prevenção de doenças, em uma série histórica de 10 anos (2010-2019) de dados do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), foi observada uma prevalência significativamente menor de atividade física de lazer (AFL) e no transporte entre indivíduos com 60 anos ou mais, em comparação com grupos mais jovens (Bastone *et al.*, 2022).

Apesar da multimorbidade, a boa representatividade da eutrofia pode estar associada a um estilo de vida mais saudável apresentado pela amostra, fator protetor (Alexandrino *et al.*, 2023; Silva *et al.*, 2023), uma vez que o envelhecimento culmina em perda de massa muscular e aumento nos depósitos de gordura, com consequente aumento nos valores de índice de massa corporal (WHO, 2020). Essa proteção configura aspecto positivo não somente no contexto individual da saúde, mas também no coletivo, uma vez que maiores taxas de obesidade geram impactos financeiros e sociais, de modo especial em países em desenvolvimento, exigindo maior preparo governamental para vivência dessa realidade (Nascimento-Souza *et al.*, 2022; Alexandrino *et al.*, 2023).

Quanto ao consumo de álcool, o padrão dos idosos mato-grossenses corrobora com o padrão nacional, e ressalta menor comportamento de risco, uma vez que a proporção de consumo de álcool de alto risco entre idosos é menor em comparação a outros grupos etários (Brasil, 2024). O consumo de álcool entre eles associa-se a fatores sociodemográficos, hábitos de vida e aspectos comportamentais, enquanto os fatores de proteção, por sua vez, relacionaram-se à condição de saúde e a aspectos sociodemográficos e psicossociais (Oliveira; Pinheiro, 2023).

Os dados de consumo alimentar revelaram maior prevalência de frutas e verduras que a média nacional. Apesar dessa faixa etária apresentar esse comportamento de forma mais expressiva quando comparada às demais categorias, uma análise do consumo regular de frutas e hortaliças de 2008 a 2023 revelou que, em indivíduos com 65 anos ou mais, houve variação ao longo do tempo. Porém, entre altos e baixos, os três últimos anos apresentaram queda no consumo desses alimentos em cinco ou mais dias da semana (Brasil, 2024).

Estudo realizado com idosos do município de Florianópolis encontrou que o uso de internet esteve associado à maior chance de consumo regular de frutas, legumes e verduras, enquanto o excesso de peso esteve associado à menor chance do desfecho. Considerando que as mudanças no consumo de frutas, legumes e verduras foram associadas ao uso da internet, os autores discutem a importância da promoção da inclusão digital, com a criação de pontos de acesso gratuito à internet e cursos de capacitação para idosos, além da realização de estudos que explorem o papel das mídias digitais em campanhas de incentivo a uma alimentação mais saudável (Souza *et al.*, 2019).

Apesar da crescente atenção dada ao envelhecimento populacional, os debates e o planejamento voltados à AFL para a população idosa ainda são incipientes. A baixa adesão observada pode refletir não apenas a ausência de políticas públicas específicas, mas também barreiras no acesso e na oferta de programas adequados às necessidades desse grupo. Dessa forma, é necessário o desenvolvimento de estratégias intersetoriais que favoreçam o envelhecimento ativo e saudável. Investir em ações inclusivas e sustentáveis, que considerem as particularidades da população idosa, é fundamental para ampliar o bem-estar e reduzir as iniquidades em saúde ao longo do envelhecimento.

Referências

- ALEXANDRINO, A. *et al.* Prevalência e fatores associados à multimorbidade em pessoas idosas residentes na zona rural de um município do Nordeste brasileiro. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 26, p. e230105, 2023.
- BARBOSA, R. C.; SOUSA, A. L. L. Associação da autopercepção da qualidade de vida e saúde, prática de atividade física e desempenho funcional entre idosos no interior do Brasil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 24, n. 4, p. e210141, 2021.
- BASTONE, A. de C. *et al.* Tendências temporais de atividade física de lazer e deslocamento na população adulta brasileira: resultados do Vigitel, 2010-2019. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, n. 10, e00057222, 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Vigitel Brasil 2006-2023: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2022: uma análise da situação de saúde no Brasil e os desafios das doenças crônicas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022.
- CROCHEMORE-SILVA, I. *et al.* Promoção de atividade física e as políticas públicas no combate às desigualdades: reflexões a partir da Lei dos Cuidados Inversos e Hipótese da Equidade Inversa. **Cad. Saúde Pública**. v. 36, n. 6, Jun 2020.
- DASKALOPOULOU, C. *et al.* Physical activity and healthy ageing: A systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies. **Ageing Research Reviews**, v. 38, p. 6-17, 2017.
- DOURADO, T. E. P. S. *et al.* Associação entre atividade física de lazer e conhecimento e participação em programas públicos de

atividade física entre idosos brasileiros. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 24, n. 4, e210148, 2021.

GARCÍA-PÉREZ, L. M.; MARTÍNEZ-BRAVO, M. Multimorbidade e a sua relação com a saúde pública: uma revisão crítica. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, p. 12-25, 2020.

IBGE. Pessoas idosas com 60 anos ou mais de idade - Censo 2022. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2022.

KRETSCHMER, A. C.; DUMITH, S. C. Prática de atividade física no lazer e ambiente percebido: um estudo de base populacional com adultos e idosos do Sul do Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, p. e200043, 2020.

KNUTH, A. G.; ANTUNES, P. DE C. Práticas corporais/atividades físicas demarcadas como privilégio e não escolha: análise à luz das desigualdades brasileiras. **Saude soc.** v.30, n. 2, 2021.

LÁZARI, M. R. *et al.* Prevalência e incidência de déficit cognitivo em pessoas idosas: associações com atividade física no lazer. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 25, n. 5, p. e220127, 2022.

MIELKE, G. I. *et al.* Leisure time physical activity among Brazilian adults: National Health Survey 2013 and 2019. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 24, 2021.

MREJEN, M.; NUNES, L.; GIACOMIN, K. Envelhecimento populacional e saúde dos idosos: o Brasil está preparado? Estudo Institucional, n. 10. São Paulo: **Instituto de Estudos para Políticas de Saúde**, 2023.

NASCIMENTO-SOUZA, M. A. *et al.* Fatores sociodemográficos e de área de residência associados à multimorbidade: resultados do Projeto Saúde Brumadinho. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 25, e220006.supl.2, 2022.

OLIVEIRA, B. L. C. A. DE .; PINHEIRO, A. K. B.. Mudanças nos comportamentos de saúde em idosos brasileiros: dados das

Pesquisa Nacional de Saúde 2013 e 2019. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, n. 11, p. 3111–3122, nov. 2023.

OMS. Relatório mundial sobre doenças não transmissíveis: 2020. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2020.

OPAS. Década do Envelhecimento Saudável: Relatório de Linha de Base. Washington, D.C.: Organização Pan-Americana da Saúde; 2022.

SHILTON, T. *et al.* More People, More Active, More Often for Heart Health – Taking Action on Physical Activity. **Global Heart**, v. 19, n. 1, p. 42, 2024.

SILVA, D. S. M. *et al.* Influência de padrões de multimorbidade nas atividades de vida diária da pessoa idosa: seguimento de nove anos do Estudo Fibra. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, n. 7, p. 2003–2014, 2023.

SOARES, M. M. *et al.* Atividade física no lazer entre idosos no Brasil: uma análise de séries temporais de um inquérito de base populacional (2009-2020). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 39, n. 8, p. e00212622, 2023.

SOCOLOSKI, T. S. *et al.* Barreiras para a prática de atividade física em idosos: revisão de escopo de estudos brasileiros. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 26, p. 1–8, 2021.

SOUZA, B. B. *et al.* Consumo de frutas, legumes e verduras e associação com hábitos de vida e estado nutricional: um estudo prospectivo em uma coorte de idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 4, p. 1463–1472, abr. 2019.

STOPA, S. R. *et al.* Pesquisa Nacional de Saúde 2019: histórico, métodos e perspectivas. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 29, n. 5, e2020315, 2020.

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

Capítulo 11

Quedas entre pessoas idosas de Mato Grosso: prevalência e perfil sociodemográfico

Loreth Ferreira de Souza
Karina Simone de Souza Vasconcelos
Bruno de Souza Moreira
Silvano Macedo Galvão
Rita Adriana Gomes de Souza
Neuciani Ferreira da Silva Sousa
Amanda Cristina de Souza Andrade

Introdução

Atualmente, a população idosa é reconhecida como o grupo etário que mais cresce em todo o mundo. Estima-se que, até 2050, o número de pessoas com mais de 60 anos alcance dois bilhões globalmente (OPAS, 2005). No Brasil, a proporção de pessoas idosas passou de 8,7% em 2000 para 15,6% em 2024, e estima-se 37,8% de pessoas idosas no país em 2070 (IBGE, 2024).

A transição demográfica caracteriza-se por mudanças significativas nos padrões de natalidade, mortalidade e migração, que impactam diretamente a estrutura etária e a distribuição populacional de uma determinada sociedade. Essa transformação gera importantes consequências socioeconômicas e culturais, demandando uma análise abrangente e cuidadosa, bem como a formulação de políticas públicas específicas (Oliveira, 2019).

O envelhecimento está associado a necessidades de saúde específicas, em razão do aumento da ocorrência e da gravidade de condições de saúde, especialmente crônicas, que tendem a persistir ao longo da vida do indivíduo. As mudanças que causam e acompanham o envelhecimento são complexas e multifatoriais.

Entende-se que o envelhecimento leva à perda gradual das reservas fisiológicas, ao aumento do risco de diversas doenças e à diminuição da capacidade funcional. Além disso, a população idosa apresenta maior propensão à perda de autonomia, particularmente no que diz respeito ao autocuidado (OMS, 2015; Torres *et al.*, 2020).

É amplamente reconhecido que as pessoas idosas são mais propensas a desenvolver doenças crônicas não transmissíveis e deficiências que demandam cuidados prolongados. Entre os diversos desfechos negativos decorrentes das condições de saúde das pessoas idosas, as quedas se destacam como uma das principais causas de perda de funcionalidade. À medida que se envelhece, a frequência de quedas tende a aumentar de forma significativa. Além disso, a ocorrência de quedas pode desencadear a chamada síndrome pós-queda, caracterizada por dependência, perda de autonomia, imobilização, isolamento social e depressão, resultando em limitação importante nas atividades de vida diária e comprometimento da qualidade de vida (Falsarella *et al.*, 2014).

O medo de cair e a síndrome pós-queda são frequentes entre as pessoas idosas, independentemente de terem sofrido quedas recentes, contribuindo para um ciclo vicioso de perda funcional e maior suscetibilidade a quedas futuras. Além dos impactos sobre a saúde individual, as quedas também representam um ônus econômico considerável para os sistemas de saúde, como o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, devido aos custos associados ao atendimento médico, internações e reabilitação (Falsarella *et al.*, 2014).

No Brasil, de acordo com um estudo baseado em dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013, a prevalência de quedas entre pessoas idosas, residentes em áreas urbanas, foi de 25,1%. Dessas quedas, 1,8% resultaram em fraturas de quadril ou fêmur, sendo que 31,8% dos casos exigiram cirurgia para colocação de prótese (Pimentel *et al.*, 2018a). Adicionalmente, uma metanálise que incluiu 37 estudos, envolvendo 58.597 brasileiros com 60 anos ou mais, identificou uma prevalência de quedas de 27% no ano anterior. As estimativas foram significativamente maiores entre mulheres em

comparação aos homens, na faixa etária de 80 anos ou mais em relação à de 60 a 69 anos, e entre participantes da região Centro-Oeste em comparação aos da região Sul (Elias Filho *et al.*, 2019).

De acordo com dados da linha de base do Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros (ELSI-Brasil), diversos fatores estão associados à ocorrência de quedas nessa população, abrangendo tanto características individuais, como ser do sexo feminino, ter 75 anos ou mais de idade e possuir artrite ou reumatismo, diabetes mellitus e depressão, quanto aspectos do ambiente construído, como o medo de cair devido a calçadas defeituosas e o medo de atravessar a rua (Pimentel *et al.*, 2018b).

Em Mato Grosso, há uma escassez de estudos específicos sobre quedas na população idosa. Entre os poucos existentes, um se concentrou na análise da gravidade das quedas (Gaspar *et al.*, 2018), enquanto outros dois integraram a pesquisa multicêntrica intitulada Rede FIBRA (Rede de Estudo da Fragilidade em Idosos Brasileiros): um deles incluiu pessoas idosas de Cuiabá (MT) (Soares *et al.*, 2014) e o outro, de Cuiabá (MT) e Barueri (SP) (Moraes *et al.*, 2017).

Diante do exposto, o objetivo do presente estudo foi analisar a prevalência de quedas entre a população idosa residente em Mato Grosso, com base em características sociodemográficas.

Métodos

Trata-se de um estudo descritivo desenvolvido com dados secundários da PNS, realizada em 2019. A PNS é um inquérito domiciliar de abrangência nacional, conduzida pelo Ministério da Saúde em parceria com o Instituto de Geografia e Estatística (IBGE) (Stopa *et al.*, 2020).

O plano amostral empregado na PNS foi por conglomerados em três estágios. No primeiro estágio, houve a seleção aleatória das unidades primárias de amostragem (UPA), constituídas por setores censitários ou conjuntos de setores, nos casos em que estes continham poucos domicílios. No segundo estágio, aplicou-se a

amostragem aleatória simples (AAS) para selecionar um número fixo de domicílios particulares permanentes em cada UPA. No terceiro, também por meio de AAS, foi selecionado um morador com 15 anos ou mais por domicílio. A amostra final da pesquisa foi de 94.114 domicílios com entrevistas realizadas. Para o presente estudo, foram analisados os dados de pessoas idosas (60 anos ou mais) residentes em Mato Grosso (n=989) (Stopa *et al.*, 2020).

A variável de desfecho foi a ocorrência de quedas nos 12 meses anteriores, avaliada pela pergunta: “Nos últimos doze meses, o(a) senhor(a) teve alguma queda?” (sim; não).

As variáveis explicativas analisadas foram: sexo (masculino; feminino), faixa etária (60 a 69 anos; 70 a 79 anos; 80 anos ou mais), estado civil (casado[a]; divorciado[a] ou desquitado[a] ou separado[a] judicialmente; viúvo[a]; solteiro[a]), raça/cor da pele (branca; preta; parda; amarela; indígena), renda familiar per capita (até um salário mínimo; mais de um até três salários mínimos; mais de três salários mínimos) e escolaridade (sem instrução ou fundamental incompleto; fundamental completo ou médio incompleto; médio completo ou superior incompleto; superior completo).

Foram realizadas análises descritivas por meio de medidas de frequência relativa com respectivos intervalos de confiança de 95% (IC 95%). Foi utilizado o *software* Stata, versão 16.0, com o módulo *survey* (svy), que incorpora os efeitos da amostragem complexa.

A PNS foi aprovada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em agosto de 2019, sob o número nº 3.529.376. Todos os respondentes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Resultados

Em relação à distribuição da amostra, 50,6% eram do sexo feminino, 60,8% da faixa etária de 60 a 69 anos, 50,1% não tinham companheiro(a) (divorciado(a) ou viúvo(a) ou solteiro(a)), 59,2% se autodeclararam pretos ou pardos, 42,1% tinham renda familiar per

capita de até um salário mínimo e 70,7% não tinham instrução ou possuíam nível fundamental incompleto (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição das características sociodemográficas da população idosa de Mato Grosso. Pesquisa Nacional de Saúde, 2019.

Variáveis	%	IC 95%*
Sexo		
Masculino	49,4	46,4 – 52,4
Feminino	50,6	47,6 – 53,6
Faixa etária (anos)		
60 a 69	60,8	56,5 – 65,0
70 a 79	27,7	23,8 – 31,7
80 ou mais	11,5	8,7 – 14,9
Estado civil		
Casado(a)	49,9	45,5 – 54,3
Divorciado(a)	11,9	9,4 – 14,7
Viúvo(a)	22,2	18,9 – 25,9
Solteiro(a)	16,0	12,9 – 19,6
Raça/cor da pele		
Branca	39,5	34,8 – 44,2
Preta	9,2	7,1 – 11,8
Parda	50,0	45,2 – 54,7
Amarela	1,1	0,4 – 2,8
Indígena	0,2	0,1 – 0,6
Renda familiar per capita (salário mínimo)		
Até 1	42,1	36,2 – 48,2
Mais de 1 até 3	35,8	30,3 – 41,4
Mais de 3	22,1	17,4 – 27,6
Escolaridade		
Sem instrução ou fundamental incompleto	70,7	66,2 – 74,8
Fundamental completo ou médio incompleto	9,8	7,4 – 12,6
Médio completo ou superior incompleto	11,7	9,6 – 14,1
Superior completo	7,8	5,5 – 10,8

*IC95%: Intervalo de confiança de 95%.

A prevalência de quedas foi de 16,4% (IC 95%: 13,1 – 20,3), maior no sexo feminino, na faixa etária de 70 a 79 anos, nos viúvos, nos que se autodeclararam não brancos, naqueles com renda familiar per capita de mais de um até três salários mínimos e naqueles com nível fundamental completo ou médio incompleto (Tabela 2).

Discussão

O presente estudo revelou que, nos doze meses anteriores à pesquisa, a prevalência de quedas entre a população idosa residente em Mato Grosso foi de 16,4%, valor semelhante ao encontrado em outro estudo de abrangência nacional com dados da PNS, que apontou que 15,5% das pessoas idosas relataram quedas anuais (Araújo, 2023). Entretanto, quando considerados estudos anteriores com amostras locais, a prevalência de quedas na população idosa apresentou valores entre 17,1% e 38,6%, dependendo do município ou estado em que foram conduzidos (Soares *et al.*, 2014; Carneiro *et al.*, 2016; Moraes *et al.*, 2017; Prato *et al.*, 2017; Vieira *et al.*, 2018; Cruz; Leite, 2018; Sousa-Araújo *et al.*, 2019; Paiva; Lima; Barros, 2021). Além disso, outro estudo de âmbito nacional, que avaliou os dados da linha de base do ELSI-Brasil, encontrou uma prevalência de quedas no ano anterior de 25,1% (Pimentel *et al.*, 2018b).

Tabela 2 – Prevalência de quedas na população idosa de Mato Grosso, conforme variáveis sociodemográficas. Pesquisa Nacional de Saúde, 2019.

Variáveis	Prevalência	IC 95%*
Sexo		
Masculino	13,9	10,7 – 17,9
Feminino	18,8	14,0 – 24,8
Faixa etária (anos)		
60 a 69	13,4	9,9 – 18,0
70 a 79	22,6	15,5 – 31,8
80 ou mais	16,7	10,5 – 25,5
Estado civil		
Casado(a)	15,4	11,3 – 20,6
Divorciado(a)	13,9	8,4 – 22,1
Viúvo(a)	22,7	15,8 – 31,5
Solteiro(a)	12,4	8,1 – 18,4
Raça/cor da pele		
Branca	13,4	9,6 – 18,4
Preta	15,7	9,0 – 25,7
Parda	18,5	13,7 – 24,6
Amarela	30,0	11,4 – 58,1
Indígena	16,2	2,8 – 56,1
Renda familiar per capita (salário mínimo)		
Até 1	13,7	9,7 – 19,1
Mais de 1 até 3	21,3	15,5 – 28,5
Mais de 3	13,4	8,7 – 20,2
Escolaridade		
Sem instrução ou fundamental incompleto	16,4	12,7 – 21,0
Fundamental completo ou médio incompleto	23,1	14,0 – 35,7
Médio completo ou superior incompleto	14,8	8,4 – 24,8
Superior completo	9,6	4,1 – 20,6

*IC 95%: Intervalo de confiança de 95%.

Neste estudo, observou-se maior prevalência de quedas entre mulheres e entre pessoas idosas na faixa etária de 70 a 79 anos. Esse achado é consistente com pesquisas anteriores realizadas no país. A literatura aponta que a ocorrência de quedas na população idosa é frequente nesses grupos devido a vários fatores, como fragilidade física, maior longevidade, presença de doenças crônicas e perda de massa muscular. Além disso, entre as mulheres, o envolvimento em atividades domésticas pode aumentar o risco de acidentes no ambiente domiciliar. Esses achados reforçam a importância de estratégias de prevenção direcionadas especialmente aos grupos mais vulneráveis, como mulheres idosas e aqueles com múltiplas condições de saúde crônicas (Soares *et al.*, 2014; Carneiro *et al.*, 2016; Prato *et al.*, 2017; Pimentel *et al.*, 2018a; Pimentel *et al.*, 2018b; Cruz; Leite, 2018; Sousa-Araújo *et al.*, 2019; Amorim *et al.*, 2021; Araújo, 2023).

O estudo revelou que a prevalência de quedas foi maior entre os viúvos em comparação com outras categorias de estado civil. Este resultado está em consonância com achados de estudos prévios, que mostraram maior frequência de quedas entre pessoas idosas viúvas ou sem companheiro/cônjuge (Carneiro *et al.*, 2016; Vieira *et al.*, 2018; Pimentel *et al.*, 2018b; Cruz; Leite, 2018; Sousa-Araújo *et al.*, 2019; Amorim *et al.*, 2021; Araújo, 2023). Uma possível explicação para esse achado envolve uma combinação de fatores, como a ausência de cuidado mútuo entre parceiros, que pode contribuir para maior fragilidade física e emocional. A falta de apoio emocional e prático no dia a dia torna essas pessoas mais suscetíveis a quedas. Ademais, a alimentação inadequada, mais frequente entre aqueles que vivem sozinhos, pode comprometer a saúde física. A maior utilização de medicamentos, muitas vezes sem a supervisão de um parceiro, pode aumentar o risco de quedas devido a efeitos adversos como tontura ou perda de equilíbrio. Níveis mais baixos de atividade física, comuns entre pessoas sem um companheiro que os motive, juntamente com baixo capital social (ou seja, menor envolvimento em atividades comunitárias ou redes de apoio), também contribuem para o aumento da fragilidade e, conseqüentemente, do risco de quedas (Carneiro *et*

al., 2016; Vieira *et al.*, 2018; Pimentel *et al.*, 2018b; Cruz; Leite, 2018; Sousa-Araújo *et al.*, 2019; Amorim *et al.*, 2021; Araújo, 2023).

A prevalência de quedas encontrada neste estudo foi maior entre os indivíduos que se autodeclararam não brancos (raça/cor da pele: amarela, indígena, parda ou preta). Entretanto, estudos anteriores não observaram associação significativa entre quedas e raça/cor da pele (Carneiro *et al.*, 2016; Prato *et al.*, 2017; Vieira *et al.*, 2018; Cruz; Leite, 2018; Pimentel *et al.*, 2018a; Pimentel *et al.*, 2018b; Sousa-Araújo *et al.*, 2019; Amorim *et al.*, 2021; Araújo, 2023). De acordo com Silva *et al.* (2012), a autodeclaração de raça/cor da pele na composição de amostras apresenta desafios, especialmente porque o contexto no qual a coleta de dados é realizada pode influenciar a diversidade étnica e refletir diferentes condições socioeconômicas e demográficas. Esses fatores resultam em disparidades sociais, como diferenças em escolaridade, moradia, acesso a serviços de saúde, acesso a lazer e renda per capita, ressaltando a importância de se considerar a classe social como uma variável relevante na análise de quedas entre pessoas idosas (Silva *et al.*, 2012; Silva *et al.*, 2018).

Em relação à renda familiar per capita, a pesquisa atual observou maior prevalência de quedas entre aqueles com renda média (mais de um até três salários mínimos). Estudos anteriores, como os de Vieira *et al.* (2018), Cruz e Leite (2018) e Araújo (2023), também abordaram a relação entre classe econômica e prevalência de quedas em pessoas idosas, indicando maior frequência de quedas entre indivíduos pertencentes às classes econômicas C e D/E. De acordo com a literatura, as limitações socioeconômicas podem influenciar negativamente o acesso a serviços de saúde, a disponibilidade de ambientes domiciliares e comunitários seguros, a adoção de cuidados preventivos e o manejo de doenças crônicas; fatores que, em conjunto, contribuem para o aumento do risco de quedas entre pessoas idosas (Soares *et al.*, 2014; Vieira *et al.*, 2018; Cruz; Leite, 2018; Araújo, 2023). Além disso, Moraes *et al.* (2017) observaram que a prevalência de quedas entre pessoas idosas que vivem na comunidade está associada a características individuais,

como fragilidade física e limitações funcionais, que são frequentemente vinculadas a condições socioeconômicas desfavoráveis.

A prevalência de quedas foi maior entre pessoas idosas com ensino fundamental completo ou médio incompleto. Em estudo conduzido com pessoas idosas da comunidade de Uberaba, Sousa-Araújo *et al.* (2019) identificaram maior ocorrência de quedas entre aqueles sem escolaridade. Entretanto, outros estudos com pessoas idosas da comunidade não encontraram associação significativa entre escolaridade e quedas (Soares *et al.*, 2014; Prato *et al.*, 2017; Pimentel *et al.*, 2018b; Cruz; Leite, 2018; Vieira *et al.*, 2018; Paiva; Lima; Barros, 2020). A escolaridade pode ser considerada uma estimativa do nível socioeconômico. Indivíduos com menor nível socioeconômico tendem a enfrentar maiores barreiras para acessar serviços de saúde, vivem em condições habitacionais mais precárias e possuem menos recursos para atividades de lazer e cuidados preventivos; fatores que podem aumentar o risco de quedas (Cruz; Leite, 2018; Vieira *et al.*, 2018; Paiva; Lima; Barros, 2020).

As quedas podem resultar em limitação de atividades de vida diária, medo de novas quedas, fraturas e hospitalizações, aumentando o risco de incapacidade e mortalidade (Pimentel *et al.*, 2018b). O Relatório Global da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre Prevenção de Quedas na Velhice (2010) destaca a importância de intervenções multifatoriais para reduzir a ocorrência de quedas em pessoas idosas. Estas intervenções incluem o fortalecimento muscular, o treinamento de equilíbrio e a adaptação do ambiente domiciliar e de outros espaços frequentados por idosos. O relatório também recomenda a conscientização das pessoas idosas, seus cuidadores e profissionais de saúde sobre os fatores de risco, como fragilidade óssea e muscular, problemas de equilíbrio, distúrbios visuais, uso de medicamentos que causam tontura, histórico de quedas, doenças crônicas não transmissíveis como diabetes mellitus e doença de Parkinson, deficiência de vitamina D, ambientes inseguros (escadas sem corrimão, pisos escorregadios e outros), uso de calçados

inadequados, sedentarismo, consumo excessivo de álcool e fatores psicossociais como depressão e isolamento social. Destaca-se, ainda, a necessidade de políticas públicas que integrem programas de prevenção de quedas aos sistemas de saúde e às ações em nível comunitário, visando a promoção de um envelhecimento mais saudável e seguro (OMS, 2010).

Este estudo possui limitações, como a representatividade e o tamanho da amostra, que podem não capturar plenamente a diversidade da população idosa de Mato Grosso, limitando a generalização dos achados. Entretanto, o presente estudo avança ao avaliar a prevalência de quedas na população idosa em nível estadual, considerando que pesquisas anteriores se restringiram a municípios específicos (Soares *et al.*, 2014; Moraes *et al.*, 2017; Gaspar *et al.*, 2018).

Os resultados deste estudo são consistentes com a literatura, que identificou as quedas como um relevante problema de Saúde Pública, e que afeta, particularmente, os grupos mais vulneráveis, como mulheres, pessoas idosas de 70 a 79 anos, viúvos, indivíduos não brancos, com renda de um a três salários mínimos e com ensino fundamental completo ou médio incompleto. Esses resultados podem contribuir para a formulação de políticas públicas mais direcionadas no Estado de Mato Grosso, com foco especial em grupos que enfrentam maiores desvantagens socioeconômicas.

Embora as quedas possam ocorrer em qualquer faixa etária, suas consequências são consideravelmente mais graves entre pessoas idosas. Nessa população, as quedas representam um importante desafio à sua funcionalidade e saúde, muitas vezes levando a lesões graves, como fraturas e lacerações. Além disso, as quedas podem resultar em um declínio funcional acentuado, incluindo perda de mobilidade, agravamento de condições pré-existentes e, em casos mais severos, aumento do risco de mortalidade.

As estratégias de prevenção de quedas devem envolver abordagens multidisciplinares e comunitárias, com foco na promoção do autocuidado e da autonomia das pessoas idosas. É

fundamental incentivar a participação ativa em atividades que contribuam para a melhoria da qualidade de vida, bem como promover ambientes seguros, tanto no domicílio quanto na vizinhança. Além disso, é essencial a formulação de políticas públicas que contribuam para a identificação precoce de fatores de risco, a implementação de intervenções voltadas à promoção do envelhecimento saudável e a formação e consolidação de redes de apoio comunitárias.

Referências

AMORIM, J. S. C. *et al.* Prevalência de queda grave e fatores associados em idosos brasileiros: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 185-196, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.30542018>. Acesso em: 09 mar. 2025.

ARAÚJO, W. V. **Prevalência de quedas em idosos no Brasil: Análise com dados da pesquisa nacional de saúde**, 2019. 2023. 32 fl. (Trabalho de Conclusão de Curso – Monografia), Curso de Bacharelado em Enfermagem, Centro de Educação e Saúde, Universidade Federal de Campina Grande, Cuité – Paraíba – Brasil, 2023. Disponível em: <http://dspace.sti.ufcg.edu.br:8080/xmlui/handle/riufcg/30827>. Acesso em: 11 maio 2025.

CARNEIRO, J. A. *et al.* Falls among the non-institutionalized elderly in northern Minas Gerais, Brazil: prevalence and associated factors. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 4, p. 613–625, jul. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/Bd9SfWYyhKdsWmNdGB8Yyjh/?lang=pt#ModalHwcite>. Acesso em: 05 abr. 2025.

CRUZ, D. T. DA.; LEITE, I. C. G. Quedas e fatores associados em idosos residentes na comunidade. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 21, n. 5, p. 532–541, set. 2018. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rbgg/a/vVcNVt6QqZCQXXSJ6XdvDRn/?lang=en#ModalHowcite>. Acesso em: 05 abr. 2025.

ELIAS FILHO, J. *et al.*. Prevalence of falls and associated factors in community-dwelling older Brazilians: a systematic review and meta-analysis. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 8, p. e00115718, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/76NtZ6L3vbyTfgFSs5pHjYC/>. Acesso em: 11 maio. 2025.

FALSARELLA, G. R. *et al.* Quedas: conceitos, frequências e aplicações à assistência ao idoso. Revisão da literatura. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 17, p. 897-910, 2014. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-732851>. Acesso em: 15 mar. 2025.

GASPAR, Ana Carolina Macri *et al.* Perfil sociodemográfico e condições de saúde dos idosos que sofreram quedas. **Rev. pesqui. cuid. fundam.**(Online), p. 1070-1076, 2018. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-915852>. Acesso em: 09 mar. 2025.

IBGE. **Projeções da população**. Notas metodológicas 01/2024: Brasil e unidades da federação. Estimativas e projeções: revisão 2024. Rio de Janeiro, 2024. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv102111.pdf>. Acesso em: 11 maio 2025.

MORAES, S. A. DE. *et al.* Characteristics of falls in elderly persons residing in the community: a population-based study. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 20, n. 5, p. 691–701, set. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgg/a/VRVVxH8tTnPkWQdJgDLWcfK/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 13 abr. 2025.

OLIVEIRA, A. S. Transição demográfica, transição epidemiológica e envelhecimento populacional no Brasil. **Hygeia-Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, v. 15, n. 32, p. 69-79, 2019. Disponível em: <https://seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/48614/>. Acesso em: 23 mar. 2025.

OMS - Organização Mundial da Saúde. **Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde. 2015.** Disponível em: <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>. Acesso em: 11 maio 2025.

OMS - Organização Mundial da Saúde. Secretaria de Estado da Saúde. **Relatório global da OMS sobre prevenção de quedas na velhice.** São Paulo: OMS, 2010. ISBN 978 92 4 156353 6 (NLM classification: WA 288) © World Health Organization (WHO) Global Report on Falls Prevention in Older Age*. Genebra, 2007. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_prevencao_quedas_velhice.pdf. Acesso em: 11 maio 2025.

PAIVA, M. M. DE.; LIMA, M. G.; BARROS, M. B. DE A. Quedas e qualidade de vida relacionada à saúde em idosos: influência do tipo, frequência e local de ocorrência das quedas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 5099–5108, out. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/ghfBYJDzzZgpZ7pjjsQHKBH/#ModalHowcite>. Acesso em: 05 abr. 2025.

PAIVA, M. M. DE.; LIMA, M. G.; BARROS, M. B. DE A. Desigualdades sociais do impacto das quedas de idosos na qualidade de vida relacionada à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 5, p. 1887–1896, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/kVBw8nXZS7qQKCS3hwFJ7sk/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 05 abr. 2025.

PIMENTEL, W. R. T. *et al.* Quedas com necessidade de procura de serviços de saúde entre idosos: uma análise da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 8, p. e00211417, 2018a. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00211417>. Acesso em: 09 mar. 2025.

PIMENTEL W.R.T. *et al.* Falls among Brazilian older adults living in urban areas: ELSI-Brazil. **Revista de Saúde Pública**. 2018b; 52: 12s. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000635>. Acesso em: 05 maio 2025.

PRATO, S. C. F. *et al.* Frequency and factors associated with falls in adults aged 55 years or more. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/PdwGzCV5vBycVXsnmNvdDBz/abstract/?lang=pt#ModalHowcite>. Acesso em: 05 maio 2025.

SILVA, A. DA. *et al.* Iniquidades raciais e envelhecimento: análise da coorte 2010 do Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE). **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 21, p. e180004, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/5pkvYctZXXwWFXHMTbfYrfp/?lang=pt#ModalHowcite>. Acesso em: 05 maio 2025.

SILVA, A. DA. *et al.* Prevalência de quedas e de fatores associados em idosos segundo etnia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 8, p. 2181–2190, ago. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/xdVXHc6PnYHwPWNZ3SRwXdx/abstract/?lang=pt#ModalHowcite>. Acesso em: 05 maio 2025.

SOARES, W. J. DE S. *et al.* Fatores associados a quedas e quedas recorrentes em idosos: estudo de base populacional. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 17, n. 1, p. 49–60, jan. 2014. Disponível em: <https://scielo.br/j/rbagg/a/gVnfLwpQ3Dkr7TmGDyWkJ4h/?lang=pt#>. Acesso em: 05 maio 2025.

SOUSA-ARAÚJO, I. V. *et al.* Queda entre idosos: preditores e distribuição espacial. **Revista de Salud Pública** [online]. 2019, v. 21, n. 2, pp. 187-194. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rsap/2019.v21n2/187-194/#>. Acesso em: 05 maio 2025.

STOPA, S. R. *et al.* Pesquisa Nacional de Saúde 2019: histórico, métodos e perspectivas. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 29, n. 5, e2020315, 2020. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742020000500035&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 05 maio 2025.

TORRES, K. R.B. O. *et al.* Evolução das políticas públicas para a saúde do idoso no contexto do Sistema Único de Saúde. **Physis**:

revista de saúde coletiva, v. 30, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300113>. Acesso em: 05 maio 2025.

VIEIRA, L. S. *et al.* Falls among older adults in the South of Brazil: prevalence and determinants. **Revista de Saúde Pública**, v. 52, p. 22, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/Zq76tNNmwsjPDq4qnSBHYGr/?lang=en>. Acesso em: 05 maio 2025.

Capítulo 12

Prevalência de exposição à violência entre idosos – Mato Grosso, 2019

Ligia Regina de Oliveira
Emanuelly Amandha Souza de Sá
Jackeline Corrêa França de Arruda Bodnar Massad
Neuciani Ferreira da Silva Sousa
Amanda Cristina de Souza Andrade

Introdução

O perfil demográfico mundial vem passando por uma transformação significativa, marcada pelo crescimento contínuo da população idosa (Santos *et al.*, 2020). No Brasil, esse fenômeno é evidente: em 2022, o número de pessoas com 60 anos ou mais ultrapassou 32,1 milhões, representando 15,8% da população total do país, o que confirma o processo de envelhecimento populacional. Entre 2012 e 2022, o contingente de idosos cresceu 57,4%, enquanto a proporção de pessoas com menos de 30 anos caiu de 49,9% para 43,3%. No estado de Mato Grosso, a população idosa corresponde a 10,8% dos habitantes, totalizando 375.091 pessoas (IBGE, 2022).

Esse crescimento da população idosa no mundo, especialmente em países de baixa renda, configura-se como um fenômeno complexo que impõe novos desafios. Entre eles, destaca-se o aumento da violência contra essa população, decorrente da fragilidade e vulnerabilidade inerentes a esse grupo etário (Barcelos; Madureira, 2013; Inelmen *et al.*, 2019; Andrade *et al.*, 2020; Santos *et al.*, 2020). O Brasil caminha para se tornar o sexto país com o maior número de idosos no mundo, nesse contexto, a violência contra a pessoa idosa surge como um problema grave e crescente (Poltraniere, 2019).

A violência contra a pessoa idosa é um problema de saúde pública global, sendo uma realidade no Brasil contemporâneo (Campello *et al.*, 2018; Pitombeira; Oliveira, 2020; Minayo *et al.*, 2022). Esse fenômeno se manifesta de diversas formas e natureza, configurando-se como um problema biopsicossocial, multifatorial e complexo (Santos *et al.*, 2020). A Organização Mundial da Saúde define violência contra o idoso como ato de acometimento ou omissão, intencional ou não, que pode envolver abusos físicos, psicológicos, financeiros ou materiais, sempre resultando em sofrimento, lesão, violação dos direitos humanos e perda de qualidade de vida (WHO, 2002). As violências mais comuns registradas contra os idosos são as de natureza física, psicológica, sexual, financeira e negligência (WHO, 2002; Bond, 2013).

Evidenciando a multifatorialidade da violência contra o idoso, um estudo de revisão que inclui países de três continentes (América, Ásia e Europa) verificou que os principais fatores associados foram idade, sexo, estado civil, nível de educação, renda, arranjo familiar, relação familiar, suporte social, solidão, transtorno mental, depressão, tentativa de suicídio, dependência para atividade de vida diária, função cognitiva, doenças crônicas, abuso de álcool ou drogas e ausência de higiene corporal ou bucal (Santos *et al.*, 2020).

Outro estudo realizado no Brasil, utilizando dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), mostrou que o tipo mais comum de violência praticada contra os idosos foi a física (85%), seguida da negligência (9,1%). Além disso, a violência física é mais prevalente entre idosos do sexo masculino, com idades entre 60 e 69 anos, no ambiente domiciliar e associada ao uso de bebidas alcoólicas pelos agressores. Já a violência psicológica tem maior associação com o sexo feminino, ocorrendo também no domicílio, com agressores sendo frequentemente os filhos e o uso de álcool suspeito entre os agressores. A negligência é mais comum entre mulheres acima de 70 anos, também no ambiente domiciliar e praticada pelos filhos. A violência sexual, por sua vez, tem maior incidência no sexo feminino, com agressores desconhecidos e suspeita de uso de álcool (Mascarenhas *et al.*, 2012).

Diante desse cenário alarmante, o objetivo deste estudo é descrever a prevalência de exposição à violência entre idosos residentes no estado de Mato Grosso, estratificado por sexo.

Métodos

Estudo transversal, de base populacional, com dados da Pesquisa Nacional de Saúde (2019), realizada pelo Ministério da Saúde em parceria com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Stopa *et al.*, 2020). Para este estudo foram incluídos os moradores selecionados que tinham 60 anos ou mais de idade, residentes no Estado de Mato Grosso, perfazendo uma amostra de 513 indivíduos.

Esta pesquisa refere-se aos idosos que responderam positivamente a, pelo menos, uma das seguintes questões, tendo como referência os 12 meses anteriores: *a) violência psicológica*: “Alguém te ofendeu, humilhou ou ridicularizou na frente de outras pessoas? Gritou com você ou te xingou? Usou redes sociais ou celular para ameaçar, ofender, xingar ou expor imagens suas sem o seu consentimento? Ameaçou verbalmente te ferir ou machucar alguém importante para você? Ameaçou destruir alguma coisa sua de propósito?”; *b) violência física*: “Alguém te deu um tapa ou uma bofetada? Te empurrou, segurou com força ou jogou algo em você com a intenção de machucar? Te deu um soco, chutou ou arrastou pelo cabelo? Tentou ou efetivamente estrangulou, asfixiou ou te queimou de propósito? Te ameaçou ou feriu com uma faca, arma de fogo ou alguma outra arma ou objeto?”; *c) violência sexual*: “Alguém tocou, manipulou, beijou ou expôs partes do seu corpo contra sua vontade? Te ameaçou ou forçou a ter relações sexuais ou realizar quaisquer outros atos sexuais contra sua vontade?”.

As características sociodemográficas avaliadas foram: sexo (masculino ou feminino), faixa etária (60-69, 70-79 ou ≥ 80), cor/raça (parda, branca, preta, amarela indígena), estado civil (com ou sem companheiro), escolaridade e renda domiciliar per capita (até 1 salário-mínimo, de 1 a menos 2 salários-mínimos ou > 2 salários-

mínimos). Além disso, foram incluídas: 1) relação do agressor com a vítima: amigo/a, colega ou vizinho/a; desconhecido; parceiro/a íntimo/a; outro parente (pai, mãe, padrasto, madrasta, irmão/ã); filho/a; 2) local de ocorrência: residência; via ou local público; internet, redes sociais ou celular; outro (escola, bar e outro) e 3) frequência da violência: muitas vezes; algumas vezes; uma vez.

Foi realizada uma análise descritiva estratificada por sexo das características sociodemográficas, tipos e manifestações da violência, além das características relacionadas à violência. Para isso, foram calculadas as distribuições de frequência absoluta e relativa (%), e o teste Qui-quadrado de Pearson (χ^2) foi aplicado para identificar as variáveis associadas à violência. Todas as análises foram conduzidas no software STATA, versão 16.0 (StataCorp LP, College Station, Estados Unidos), adotando um nível de significância de 5%.

Resultados

A amostra foi composta por 513 idosos residentes em Mato Grosso, dos quais 7,4% (IC 95%: 3,9; 13,5) relataram ter sofrido algum tipo de violência, com predomínio da violência psicológica. A violência física foi mencionada por sete idosos, e não houve relatos de violência sexual. Na amostra total, a prevalência de violência foi maior entre mulheres (7,4%), na faixa etária de 70 a 79 anos (7,2%), de cor da pele parda (8,1%), sem companheiro (7,3%), com ensino médio completo ou incompleto (12,0%), e com renda familiar de 1 a 2 salários-mínimos (9,2%) (Tabela 1).

Ao realizar a análise estratificada por sexo, observou-se que, entre as mulheres, a maior prevalência de violência ocorreu nas faixas etárias de 70 a 79 anos (10,7%) e entre as sem escolaridade (10,6%). Já entre os homens, a maior prevalência foi encontrada entre aqueles de 60 a 69 anos (6,4%) e com ensino médio completo ou incompleto (13,3%) (Tabela 1).

Tabela 1 - Características sociodemográficas e prevalência de violência nos últimos 12 meses em idosos, estratificado por sexo. Mato Grosso, 2019.

Características	Total % (IC 95%)	Prevalência violência (%)		
		Total % (IC 95%)	Feminino % (IC 95%)	Masculino % (IC 95%)
Sexo				
Feminino	49,4 (43,4;55,5)	7,4 (3,9;13,5)	-	-
Masculino	50,6 (44,5;56,6)	5,3 (2,6;10,5)	-	-
Faixa Etária (anos)				
60 a 69	55,7 (49,8;61,4)	6,4 (3,5;11,4)	6,3 (2,7;13,8)	6,4 (2,5;15,3)
70 a 79	30,0 (25,0;35,5)	7,2 (3,0;16,4)	10,7 (3,8;26,7)	2,9 (0,9;8,8)
≥ 80	14,3 (9,8; 20,5)	4,3 (1,5;11,8)	3,4 (0,4;22,5)	5,0 (1,4;16,4)
Cor ou raça				
Parda	53,4 (46,9;59,8)	8,1 (4,6;14,1)	8,1 (3,4;17,9)	8,2 (3,4;18,2)
Branca	39,1 (33,0;45,6)	4,1 (1,9;8,5)	6,7 (2,6;16,1)	1,9 (0,6;6,2)
Preta	6,0 (4,2;8,7)	6,0 (1,7;19,2)	5,8 (0,8;32,7))	6,2 (1,2;26,4)
Amarela	1,1 (0,4;2,8)	-	-	-
Indígena	0,4 (0,1;1,3)	-	-	-
Estado civil				
Com companheiro	47,3 (41,1;53,5)	5,2 (2,7;9,7)	7,2 (3,4;14,8)	1,5 (0,4;4,7)
Sem companheiro	52,8 (46,5;58,9)	7,3 (4,3;12,3)	7,5 (3,1;17,1)	7,2 (3,4;14,9)

Continua

Tabela 1 - Características sociodemográficas e prevalência de violência nos últimos 12 meses em idosos, estratificado por sexo. Mato Grosso, 2019.

Continuação				
Características	Total % (IC 95%)	Prevalência violência (%)		
		Total	Feminino	Masculino
		% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)
Escolaridade				
Sem escolaridade	18,9 (14,4;24,4)	7,0 (2,1;21,2)	10,6 (2,4;35,7)	3,0 (0,8;11,1)
Fundamental completo e incompleto	60,5 (54,1;66,6)	5,2 (2,9;8,9)	5,9 (2,7;12,7)	4,3 (2,0;8,9)
Médio completo e incompleto	12,9 (9,4;17,6)	12,0 (4,1;29,9)	10,0 (2,3;34,3)	13,3 (2,9;43,9)
Superior completo e incompleto	7,6 (5,2;11,1)	4,1 (1,1;13,9)	6,9 (1,1;33,1)	2,4 (0,5;9,8)
Renda familiar				
Até 1 salário mínimo	41,5 (34,7;48,6)	4,5 (2,1;9,1)	5,8 (1,8;17,2)	3,3 (1,4;7,2)
De 1 a menos de 2 salários mínimos	35,8 (29,8; 42,3)	9,2 (4,5;17,9)	10,9 (4,6;23,7)	7,5 (2,2;22,5)
> 2 salários mínimos	22,7 (18,0; 28,2)	5,1 (2,2;11,4)	4,6 (1,1;16,5)	5,8 (2,1;14,7)

IC95%: intervalos de confiança de 95%.

Quanto aos tipos e manifestações de violência (Tabela 2), ocorreu maior prevalência de grito ou xingamento (82,3%) em casos de violência psicológica, com um percentual maior entre os homens (97,1%). Verificou-se ainda a ofensa, humilhação ou ridicularização informadas por 71,2% das pessoas vítimas de violência, sendo maior percentual também observado pelo sexo masculino (80,3%). No caso da violência física, predominou a ameaça ou lesão com faca, arma de fogo ou outros objetos (19,6%),

seguida de empurrões com intenção de machucar (19,5%), com esses episódios sendo mais frequentes entre os homens (33,7%).

Tabela 2 - Tipos e manifestações de violência nos últimos 12 meses em idosos, estratificado por sexo. Mato Grosso, 2019.

Tipos e manifestações da violência	Total % (IC 95%)	Feminino % (IC 95%)	Masculino % (IC 95%)
Psicológica (n=37)			
Grito ou xingamento	82,3 (59,6;93,6)	71,3 (42,3;89,4)	97,1 (87,4;99,4)
Ofensa, humilhação ou ridicularização	71,2 (50,6;85,7)	64,5 (37,4;84,7)	80,3 (53,0;93,7)
Ameaça de ferir a vítima ou alguém importante para ela	57,7 (39,1;74,3)	53,6 (30,6;75,2)	63,2 (35,8;84,6)
Ofensa ou exposição de imagens nas redes sociais	22,0 (7,3;50,4)	4,5 (0,6;25,5))	45,9 (16,7;78,2)
Destruição de algo da vítima	19,4 (7,4;42,0)	20,4 (4,9;56,2)	18,1 (5,5;45,7)
Física (n=7)			
Ameaça ou lesão com faca, arma de fogo ou outros objetos	19,6 (5,5;50,7)	12,4 (2,9;40,3)	29,4 (5,1;76,5)
Empurrão com intenção de machucar	19,5 (5,4;50,7)	9,1 (1,4;40,9)	33,7 (7,5;76,1)
Tapa ou bofetada	14,3 (2,7;50,1)	-	33,7 (7,5;76,1)
Soco, chute, arraste pelo cabelo	14,3 (2,7;50,1)	-	33,7 (7,5;76,1)
Estrangulamento, asfixia, queimadura	1,0 (0,1;7,0)	-	2,5 (0,3;17,2)

IC95%: intervalos de confiança de 95%.

Quando analisado por sexo, observou-se uma diferença na frequência dos episódios de violência: as mulheres relataram ter sofrido violência apenas uma vez (58,5%), enquanto entre os

homens predominou a recorrência, com 80,5% afirmando ter vivenciado a violência em mais de uma ocasião (Tabela 3).

Essa distinção também se reflete no perfil dos agressores. Na amostra total, os principais agressores foram amigos, colegas ou vizinhos (36,8%), sendo essa proporção ainda mais elevada entre as mulheres (52,6%). Já entre os homens, o parceiro(a) íntimo(a) apareceu como o agressor mais comum (38,8%) (Tabela 3). Quanto ao local das ocorrências, a maioria dos casos de violência aconteceu no ambiente domiciliar, tanto na amostra geral (70,0%) quanto entre homens e mulheres (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição das características da violência entre idosos, estratificado por sexo. Mato Grosso, 2019

Características da violência	Total % (IC95%)	Feminino % (IC95%)	Masculino % (IC95%)
Agressor			
Amigo(a), colega ou vizinho(a)	36,8 (17,5;61,5)	52,6 (23,7;79,9)	15,2 (4,4;40,9)
Desconhecido	24,8 (11,1;46,7)	35,6 (14,0;65,3)	10,1 (2,6;32,2)
Parceiro(a) íntimo(a)	16,4 (3,7;49,9)	-	38,8 (10,7;77,1)
Outro parente ¹	13,3 (6,1;26,7)	7,3 (1,5;29,1)	21,5 (8,6;44,3)
Filho(a)	8,6 (2,9;23,2)	4,5 (0,6;25,6)	14,3 (3,6;42,7)
Local de ocorrência²			
Residência	70,0 (47,5;85,7)	68,2 (36,8;88,8)	72,4 (41,5;90,6)
Via ou local público	27,9 (13,0;49,9)	31,8 (11,2;63,2)	22,6 (7,7;50,4)
Internet, redes sociais ou celular	0,9 (0,1;6,4)	-	2,1 (0,2;14,9)
Outro ³	1,3 (0,2;8,4)	-	3,0 (0,4;17,9)
Frequência			
Muitas vezes	5,5 (1,5;16,0)	-	13,1 (3,5;38,3)
Algumas vezes	58,0 (37,9;75,6)	41,5 (21,2;65,2)	80,4 (55,2;93,2)
Uma vez	36,5 (19,4;57,7)	58,5 (34,8;78,5)	6,6 (1,7;22,1)

IC 95%: intervalos de confiança de 95%; ¹Inclui Pai, mãe, padrasto, madrastra, irmão(ã); Empregado e patrão n=0. ²Trabalho=0; ³Inclui escola, bar e outro.

Discussão

O presente estudo identificou uma prevalência de violência inferior à estimada pela PNS 2019 para o Brasil, a qual apontou que 29,1 milhões de pessoas com 18 anos ou mais sofreram agressão psicológica, física ou sexual nos 12 meses anteriores à entrevista, sendo a prevalência de violência entre idosos de 10,0% (Brasil, 2020). A maior ocorrência de violência psicológica observada neste estudo pode ser explicada, segundo alguns autores, por conflitos familiares recorrentes, que envolvem discussões verbais, ameaças e problemas financeiros (Crome *et al.*, 2014; Garbin *et al.*, 2016).

Na análise estratificada por sexo, observou-se que a prevalência da violência foi mais acentuada entre mulheres idosas com idade mais avançada e baixa escolaridade. Já entre os homens, os casos foram mais frequentes na faixa etária mais jovem da velhice e entre aqueles com nível médio de escolaridade. Esses achados, no entanto, contrastam com outros estudos que indicam a idade avançada como um importante fator de risco, especialmente quando associada à perda de autonomia e ao aumento da dependência funcional, condições que contribuem para a maior vulnerabilidade da pessoa idosa à violência (Diel; Barbiani, 2018; Lopes *et al.*, 2018). A maior vulnerabilidade das mulheres também é amplamente discutida na literatura, sendo intensificada com o envelhecimento (Silva *et al.*, 2014).

Dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) reforçam essas diferenças de perfil: a violência física entre idosos do sexo masculino está associada à faixa etária de 60 a 69 anos, à ocorrência no domicílio, a agressores que não são os filhos e à suspeita de uso de bebida alcoólica. Já no caso da violência psicológica, há associação mais forte com o sexo feminino, também com ocorrência domiciliar, agressão cometida por filhos e suspeita de uso de bebida alcoólica (Mascarenhas *et al.*, 2012).

Em relação aos tipos e manifestações de violência, o presente estudo apontou a predominância da violência psicológica. De modo semelhante, uma revisão sistemática identificou que, em

países de diferentes níveis de renda, os tipos de violência contra idosos mais prevalentes foram as psicológicas e as verbais, seguidas da violência financeira, física e, por fim, a negligência (Ribeiro *et al.*, 2021). A violência psicológica, além de mais comum, tende a ocorrer de forma repetida e prolongada, o que eleva o sofrimento da vítima, especialmente quando existe convivência contínua com o agressor. Esse tipo de dinâmica pode dificultar a denúncia, mantendo os casos invisíveis aos serviços de proteção. Conforme a literatura, a violência recorrente requer atenção, pois pressupõe convívio próximo com o agressor, o que pode contribuir para evitar a ocorrência de denúncias, causando sofrimento prolongado à vítima (Delzioro *et al.*, 2018).

A persistência dessa violência também está associada à natureza dos vínculos entre vítimas e agressores. Estudos apontam que, em sua maioria, os autores da violência contra idosos são familiares ou pessoas do convívio próximo, como amigos e vizinhos (Gil *et al.*, 2015; Bolsoni *et al.*, 2016; Diel e Barbiani, 2018; Dos Santos Gomes *et al.*, 2018; Lopes *et al.*, 2018) e em menor grau, desconhecidos (Lachs *et al.*, 2015; Alencar Júnior; Moraes, 2018). Os idosos muitas vezes tem receio de denunciar o agressor por medo, vergonha ou culpa, principalmente porque muitas vezes existe uma relação afetiva ou familiar. Esse fator contribui para a invisibilidade da violência, tornando seu enfrentamento ainda mais complexo (Matos, 2019).

Para Minayo (2014), morar na mesma residência favorece a ocorrência de violência. Os conflitos existentes contra idosos no domicílio seria o fenômeno de choque de gerações, permeado por dificuldades financeiras e disputa por espaço físico. Além disso, pode estar associada à percepção de que a velhice é caracterizada pelo desprezo e inutilidade (Silva; Dias, 2016). A literatura nacional e internacional revela que pessoas idosas que moram com familiares ou sozinhas apresentam chance duas vezes maior de violência se comparadas a idosos que residiam em Instituições de Longa Permanência ou assistidos por cuidadores (Bolsoni *et al.*, 2016; Alencar Júnior; Dos Santos Gomes *et al.*, 2018). Um fator a ser

considerado, é o despreparo da família em lidar com o aumento da demanda, caracterizado pelas condições de fragilidade e necessidade de cuidados dos idosos, em decorrência de doenças, incapacidade cognitiva, alterações no sono, comprometimento cognitivo e motor (Diel e Barbiani, 2018; Lopes *et al.*, 2018).

Dessa forma, percebe-se que a violência contra os idosos é um problema complexo uma vez que afeta profundamente o ambiente familiar, a proximidade com os agressores e a dependência dos próprios idosos. Esses fatores têm um impacto significativo na subnotificação dos casos, pois receosos de serem abandonados ou por dependerem emocional, financeira ou fisicamente dos agressores, muitos idosos optam por não relatar os abusos sofridos (Kesterling; Kock; Feldens, 2022). O caráter velado da violência contra idosos, bem como ao temor dos idosos em revelar os episódios de abusos, principalmente quando ocorrem no âmbito familiar pode ser considerado um limite ao estudo, na medida que possa ter sido subestimado a prevalência encontrada (Soares *et al.*, 2019).

O uso de dados provenientes de um inquérito de grande abrangência e representatividade a nível nacional é um ponto positivo, porém, algumas limitações da PNS-2019 merecem ser destacadas. A amostra é composta exclusivamente por indivíduos residentes em domicílios particulares, o que exclui grupos que estão evidentemente mais expostos à violência, como as pessoas em situação de rua e aquelas que vivem em favelas ou comunidades urbanas. Assim, pode-se inferir que a prevalência de vitimizações por violência esteja subestimada.

Considerações finais

O estudo analisou a prevalência de exposição à violência entre idosos residentes em Mato Grosso, estratificada por sexo, com base nos dados da PNS-2019. Embora existam algumas semelhanças nos tipos de violência cometidos contra idosos, a maior prevalência foi observada entre as mulheres. Verificou-se também que condições sociais, como baixa escolaridade, renda e cor ou raça (preta ou

parda), apresentaram maior prevalência em ambos os sexos. Além dessas características, a maior prevalência de violência no ambiente doméstico e perpetrada por pessoas conhecidas evidencia a maior vulnerabilidade desses grupos. Destaca-se também a elevada prevalência da violência psicológica, que, embora tenha sido reconhecida pelos informantes, revela a 'invisibilidade' dessa violência no que se refere ao reconhecimento por parte dos profissionais de saúde e outros envolvidos no enfrentamento dessa problemática, representando um desafio a ser superado.

Os resultados apontam para a importância de se conhecer como vem ocorrendo a violência na população idosa de Mato Grosso e a necessidade de um olhar diferenciado para que estratégias eficazes sejam empreendidas. Espera-se que esse estudo estimule investigações mais aprofundadas, revelando outros aspectos da violência contra a população idosa. Essa violência, muitas vezes invisível, configura-se como uma epidemia frequentemente ignorada pela sociedade. Seu combate, portanto, representa um grande desafio. Para mitigar essa questão grave, é fundamental garantir os direitos dos idosos por meio de políticas públicas eficazes de proteção e prevenção, bem como oferecer suporte adequado às famílias, possibilitando que elas consigam prover os cuidados básicos necessários aos idosos.

Referências

- ANDRADE, F. M. D.; BERNAL, R. T. I.; MALTA, D. C. Perfil dos atendimentos por violência contra idosos em serviços de urgência e emergência: análise do VIVA Inquérito 2017. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 23, p. E200008, 2020. Supl. 1. DOI: 10.1590/1980-549720200008.supl.1.
- BARCELOS, E. M.; MADUREIRA, M. D. S. Violência contra o idoso. In: CHAIMOWICZ, F. (Org.). **Saúde do idoso**. 2. ed. Belo Horizonte: UFMG, 2013. p. 138-149. INELMEN, E. M.; SERGI, G.;

MANZATO, E. Elder abuse: are we turning a blind eye to a crucial issue? **Intern. Emerg. Med.**, v. 14, p. 503-505, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11739-019-02063-x>.

BOLSONI, C. C.; COELHO, E. B.; GIEHL, M. W.; D'ORSI, E. Prevalência de violência contra idosos e fatores associados, estudo de base populacional em Florianópolis, SC. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 19, n. 4, p. 671-682, 2016.

BOND, M. C.; BUTLER, K. H. Elder abuse and neglect: definitions, epidemiology, and approaches to emergency department screening. **Clin. Geriatr. Med.**, v. 29, n. 1, p. 257-273, 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cger.2012.09.004>.

BRASIL / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. **Pesquisa Nacional de Saúde: 2019**: acidentes, violências, doenças transmissíveis, atividade sexual, características do trabalho e apoio social. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. 101 p.

CAMPELLO, T.; GENTILI, P.; RODRIGUES, M.; HOEWELL, G. R. Faces da desigualdade no Brasil: um olhar sobre os que ficam para trás. **Saúde Debate**, v. 42, Supl. 3, p. 54-66, 2018.

CROME, P.; MOULIAS, R.; SÁNCHEZ-CASTELLANO, C.; TILVIS, R.; ARORA, A.; BUSBY, F. *et al.* Elder abuse in Finland, France, Spain and United Kingdom. **European Geriatric Medicine**, v. 5, n. 4, p. 277-284, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.eurger.2014.05.008>.

DELZIOVO, C. R.; COELHO, E. B. S.; D'ORSI, E.; LINDNER, S. R. Violência sexual contra a mulher e o atendimento no setor saúde em Santa Catarina – Brasil. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 23, n. 5, p. 1687-1696, maio 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018235.20112016>. Acesso em: 12 mai. 2025.

DIEL, M.; BARBIANI, R. Violência familiar contra a pessoa idosa: expressões do fenômeno e perspectivas para o seu enfrentamento. **Textos & Contextos (Porto Alegre)**, v. 17, n. 2, p. 379-392, 2018.

DOS SANTOS GOMES, C.; PIRKLE, C. M.; ZUNZUNEGUI, M. V.; TAURINO GUEDES, D.; FERNANDES DE SOUZA BARBOSA, J.; HWANG, P.; *et al.* Frailty and life course violence: the international mobility in aging study. **Arch. Gerontol. Geriatr.**, v. 76, p. 26-33, 2018.

FREIRE, R. N., & VIEIRA, S. F. (2019). Violência contra o idoso: uma epidemia invisível. *Revista Kairós-Gerontologia*, 22(1), p. 623-634. ISSNprint 15162567. ISSNe 2176-901X. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP

GARBIN, C. A. S.; JOAQUIM, R. C.; ROVIDA, T. A. S.; GARBIN, A. J. I. Elderly victims of abuse: a five year document analysis. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, v. 19, n. 1, p. 87-94, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2016.15037>.

GIL, A. P.; SANTOS, A. J.; KISLAYA, I.; SANTOS, C.; MASCOLI, L.; FERREIRA, A. I.; *et al.* A sociografia dos idosos vítimas de violência familiar em Portugal. **Cad. Saúde Pública**, v. 31, n. 6, p. 1234-1246, 2015.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2022. <https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/>

KESTERING, J. T.; KOCK, K. S.; FELDENS, V. P. Perfil da violência contra o idoso em uma cidade do sul de Santa Catarina. **Rev. AMRIGS**, v. 66, n. 3, p. 783-787, 2022.

LACHS, M. S.; TERESI, J. A.; RAMIREZ, M.; VAN HAITSMAN, K.; SILVER, S.; EIMICKE, J. P.; *et al.* The prevalence of resident-to-resident elder mistreatment in nursing homes. **Ann. Intern. Med.**, v. 165, n. 4, p. 229-236, 2016.

LACHS, M. S.; TERESI, J. A.; RAMIREZ, M.; VAN HAITSMAN, K.; SILVER, S.; EIMICKE, J. P.; *et al.* The prevalence of resident-to-resident elder mistreatment in nursing homes. **Ann. Intern. Med.**, v. 165, n. 4, p. 229-236, 2016.

LOPES, L. G.; LEAL, M. C.; SOUZA, E. F.; SILVA, S. Z.; GUIMARÃES, N. N.; SILVA, L. S. Violência contra a pessoa idosa. **J. Nurs. UFPE Online**, v. 12, n. 9, p. 2257-2268, 2018.

MASCARENHAS, M. D. M.; ANDRADE, S. S. C. A.; NEVES, A. C. M.; PEDROSA, A. A. G.; SILVA, M. M. A.; MALTA, D. C. Violência contra a pessoa idosa: análise das notificações realizadas no setor saúde - Brasil, 2010. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 17, n. 9, p. 2331-2341, 2012. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000900014>.

MATOS, N. M. de; ALBERNAZ, E. de O.; SOUSA, B. B. de; BRAZ, M. C.; VALE, M. S. do; PINHEIRO, H. A. Profile of aggressors of older adults receiving care at a geriatrics and gerontology reference center in the Distrito Federal (Federal District), Brazil. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 22, n. 5, p. e190095, 2019. DOI: 10.1590/1981-22562019022.190095.

MATOS, N. M. de; ALBERNAZ, E. de O.; SOUSA, B. B. de; BRAZ, M. C.; VALE, M. S. do; PINHEIRO, H. A. Profile of aggressors of older adults receiving care at a geriatrics and gerontology reference center in the Distrito Federal (Federal District), Brazil. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 22, n. 5, p. e190095, 2019. DOI: 10.1590/1981-22562019022.190095.

MINAYO, M. C. S. Múltiplas faces da violência contra a pessoa idosa. **Mais 60: Estud. Envelhec.**, v. 25, n. 60, p. 10-27, 2014.

MINAYO, M. C. S.; PINTO, L. W.; SILVA, C. M. F. P. A violência nossa de cada dia, segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2019. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 27, n. 9, p. 3701-3714, 2022. DOI: 10.1590/1413-81232022279.07532022.

OMS – Organização Mundial da Saúde. Relatório mundial sobre violência e saúde. Genebra, 2002.

PITOMBEIRA, D. F.; OLIVEIRA, L. C. Pobreza e desigualdades sociais: tensões entre direitos, austeridade e suas implicações na atenção primária. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 25, n. 5, p. 1699-1708, 2020.

POLTRONIERI, B. C.; SOUZA, E. R.; RIBEIRO, A. P. Violência no cuidado em instituições de longa permanência para idosos no Rio de Janeiro: percepções de gestores e profissionais. **Saúde Soc.**, v. 28, n. 2, p. 215-226, 2019.

RIBEIRO, M. DE N. DE S. *et al.*. Evidências científicas da prática da violência contra a pessoa idosa: revisão integrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 34, p. eAPE00403, 2021.

SANTOS, M. A. B.; MOREIRA, R. S.; FACCIO, P. F.; GOMES, G. C.; SILVA, V. L. Fatores associados à violência contra o idoso: uma revisão sistemática da literatura. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 25, n. 6, p. 2153-2175, 2020. DOI: 10.1590/1413-81232020256.25112018

SILVA, A. C. L. G. da; COELHO, E. B. S.; MORETTI-PIRES, R. O. What we know about men who commit violence against their intimate partners: a systematic review. **Rev. Panam. Salud Publica**, v. 35, n. 4, p. 278-283, 2014. Disponível em: <https://europepmc.org/abstract/med/24870007>.

SILVA, C. F. S.; DIAS, C. M. de S. B. Violência contra idosos na família: motivações, sentimentos e necessidades do agressor. **Psicol. Ciênc. Prof.**, v. 36, n. 3, p. 637-652, jul. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703001462014>. Acesso em: 12 mai. 2025.

SOARES, *et al.* Violência contra idosos: preditores e distribuição espacial. **Ciênc. Cuid. Saúde**, v. 18, n. 1, p. e45043, jan./mar. 2019.

STOPA, S. R. *et al.* Pesquisa Nacional de Saúde 2019: histórico, métodos e perspectivas. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 29, n. 5, e2020315, 2020.

WHO - World Health Organization. World report on violence and health. Geneva: WHO, 2002.

Capítulo 13

Condições de saúde bucal da população idosa de Mato Grosso: Pesquisa Nacional de Saúde 2019

Ilma Leite da Costa
Alba Regina Silva Medeiros
Yana Balduino de Araújo
Elisete Duarte
Nereide Lúcia Martinelli
Neuciani Ferreira da Silva Sousa

Introdução

A saúde bucal repercute no bem-estar físico, emocional e na vida social dos indivíduos. Também afeta a autoconfiança e a autoestima e constitui-se em desafio para o Sistema Único de Saúde (SUS). A manutenção da saúde bucal pode ser alcançada por meio de cuidados cotidianos, entre eles a escovação adequada, o uso regular de fio dental e flúor tópico e o acompanhamento odontológico periódico. Tais medidas devem considerar as condições clínicas, funcionais e sociais dos indivíduos, a fim de prevenir e tratar precocemente os agravos bucais (IBGE, 2015, 2020).

A população idosa está entre os grupos mais vulneráveis a agravos bucais, devido ao efeito cumulativo, de múltiplos determinantes, ao longo do ciclo de vida. Entre os fatores destacam-se: os *biológicos* - mudanças nos tecidos orais e na quantidade de saliva; *pessoais* - limitações funcionais que podem afetar a capacidade dos indivíduos realizar a própria higiene bucal; *psicossociais* - o isolamento social e as situações de abandono que afetam a manutenção da saúde oral. Além disso, fatores *sociais* como a falta de acesso a serviços odontológicos, residência em instituições de longa permanência, baixa renda e escolaridade e

déficit no letramento em saúde, entre outros, expõe os idosos a vulnerabilidades e agravam as complicações bucais (OPAS, 2023).

Mundialmente, o edentulismo (perda parcial ou total dos dentes) predomina entre a população idosa, com prevalência estimada em 22,7%, contra 7% na população geral (WHO, 2022). Na maioria dos países das Américas, o edentulismo em idosos é de aproximadamente 20%, enquanto a cárie dentária apresenta prevalência superior a 90% em todos os países (OPAS, 2023).

Na Pesquisa Saúde Bucal (SB) realizada no Brasil em 2010, verificou-se que a média de dentes perdidos para o grupo etário de 65 a 74 anos foi de 25,4 (24,6-26,1) de um total de 30 (Peres *et al.*, 2013). Dez anos depois, na Pesquisa SB Brasil 2020, houve aumento no uso de prótese superior (de 23,5% em 2010 para 31,6% em 2022) e inferior (46,1% *versus* 55% nos mesmos anos). Esses indicadores relevam que o edentulismo persiste e indicam que são necessárias ações de curto e longo prazo que possam promover a saúde bucal e preservar as funções orais para aliviar a atual carga das doenças bucais e evitar o declínio das habilidades funcionais (OPAS, 2023).

No Brasil, mesmo após a publicação da Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil, 2004) e das sucessivas medidas que buscaram sua implementação, muitos desafios permanecem, entre os quais se destacam: aumento do uso de serviços odontológicos privados, manutenção de desigualdades sociais e regionais no uso dos serviços (Chaves *et al.*, 2017; Fagundes *et al.*, 2021), redução no financiamento da política, particularmente para a atenção básica (Chaves *et al.*, 2018) e o comprometimento do acesso da população aos serviços odontológicos no âmbito do SUS (Santos *et al.*, 2023). Tais desafios repercutem nas condições de saúde bucal da população geral, mas particularmente, de grupos mais vulnerabilizados, como os idosos.

Para se conhecer a situação da saúde bucal no Estado de Mato Grosso, foi realizada uma busca sobre a produção científica no *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), considerando as últimas duas décadas. Foram identificados vários estudos que abordam a temática de saúde

bucal nesse estado, como os realizados por Guisilini *et al.* (2021) e Medeiros, Silva e Botelho (2009), entre outros. Entretanto, nenhum deles se referia, especificamente, à população idosa. Essa invisibilidade impede a compreensão sobre os principais problemas e necessidades dessa população e consequentemente, compromete a atuação política nessa direção. Considerando o avanço do envelhecimento populacional e a importância da saúde bucal para a qualidade de vida dos idosos, este estudo teve como objetivo descrever as condições de saúde bucal da população idosa residente em Mato Grosso, em 2019.

Para tanto, foi realizado um estudo quantitativo, descritivo, transversal e de base populacional, a partir de dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019, que tem se mostrado importante para o preenchimento de lacunas sobre o perfil de saúde de diferentes populações (Stopa *et al.*, 2020), principalmente em regiões que recebem menos apoio financeiro para o financiamento de pesquisas locais, como é o caso de Mato Grosso. Este estudo analisou dados de moradores selecionados, com idade de 60 anos ou mais, residentes neste estado em 2019, perfazendo uma amostra de 513 indivíduos, utilizando-se o *software* STATA (*Stata Corp., College Station, Estados Unidos da América*), versão 16.0. O estudo foi dispensado de apreciação ética, pois teve acesso apenas a dados públicos anonimizados da PNS, conforme previsto na Resolução no. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Perfil demográfico e socioeconômico

Em 2019, no estado de Mato Grosso, a maioria das pessoas idosas era do sexo feminino (50,6%), tinha entre 60 e 69 anos (55,7%), possuía nível de escolaridade fundamental incompleto ou sem instrução (74,6%) e residia na área urbana (81,4%). A maior parte dos idosos referiu renda domiciliar *per capita* de até 1 salário-mínimo (41,5%).

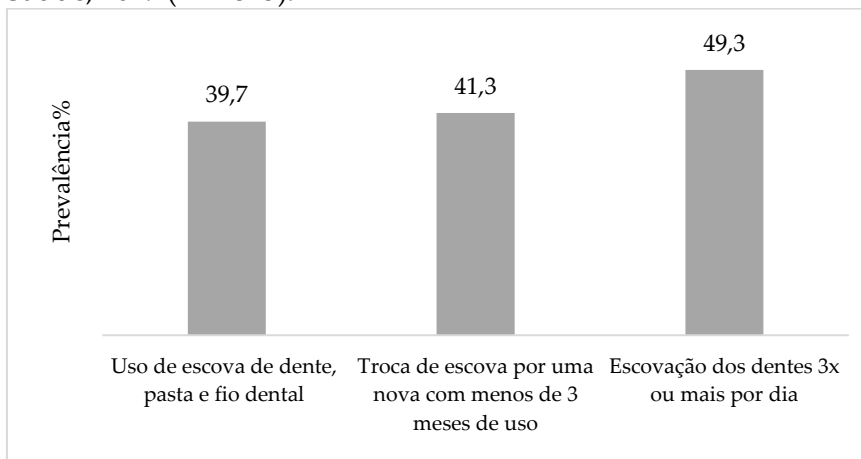
Dentre essas características, destaca-se o baixo nível socioeconômico da população estudada, por sua relação direta com

os níveis de saúde. A educação e a renda são determinantes da procura por tratamento bucal que contribuem para uma melhor qualidade de vida (Almeida, 2015). Sendo assim, dado seu efeito cumulativo, os investimentos em educação ao longo de todo o ciclo de vida têm grande potencial para incrementar os níveis de saúde, inclusive bucal. Adicionalmente, aqueles que têm menos recursos financeiros enfrentam mais dificuldades para se adaptarem ao contexto de mudança da saúde que pode ocorrer no processo de envelhecimento e têm menos condições de custear as despesas com os cuidados de saúde geral e bucal (Bastos *et al.*, 2019). Pois, apesar dos avanços da Política Nacional de Saúde bucal, as consultas odontológicas são, primordialmente, de natureza privada e tem custo elevado (Santos *et al.*, 2023).

Hábitos de higiene e autoavaliação da saúde bucal

A Figura 1 apresenta as prevalências das pessoas idosas segundo hábitos relacionados à higiene bucal. Menos da metade da população idosa referiu usar concomitantemente escova de dente, pasta e fio dental na higienização (39,7%), trocar a escova por uma nova com menos de três meses de uso (41,3%) e escovar os dentes três vezes ou mais por dia (49,3%).

Figura 1 – Prevalência (%) de hábitos relacionados à higiene bucal entre a população idosa de Mato Grosso. Pesquisa Nacional de Saúde, 2019 (n = 513).



Fonte: Dados públicos da Pesquisa Nacional de Saúde, 2019.

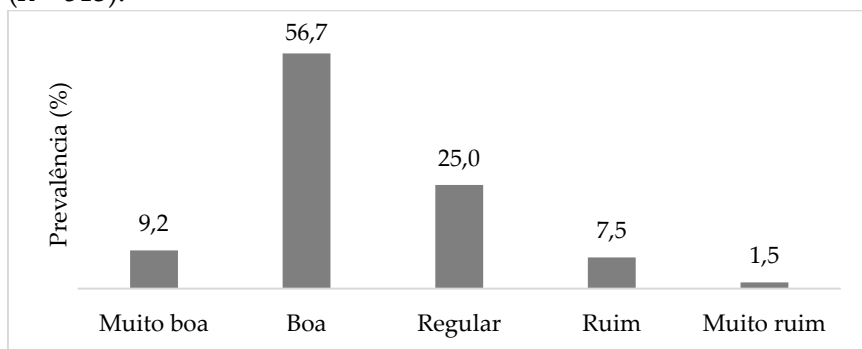
Dados da PNS 2013 e 2019 para a população idosa brasileira revelaram menor prevalência de uso de escova de dente, pasta e fio dental, troca de escova com menos de três meses de uso e frequência de escovação entre a população idosa quando comparados às demais faixas etárias (Nico *et al.*, 2016; IBGE, 2020). Estes achados revelam a vulnerabilidade da população idosa quanto à higiene bucal.

Diversos fatores podem interferir na higiene bucal, entre os quais se destacam as condições econômicas, os aspectos culturais e os níveis de motivação para o autocuidado. Considerando que a população idosa é constituída por um grupo heterogêneo, em razão das diferentes trajetórias, condições de vida e experiências acumuladas, torna-se necessário que profissionais de saúde, famílias e os próprios indivíduos estejam atentos a esses fatores para coordenar a atenção e o cuidado integral (Rosa *et al.*, 2008).

Na Figura 2, verifica-se que uma em cada três pessoas idosas avaliou sua saúde bucal como negativa (34,1%; IC_{95%}: 28,6 - 40,0),

ou seja, regular, ruim ou muito ruim, enquanto a maioria a avaliou como boa (56,7%; IC 95%: 50,6 - 62,7).

Figura 2 – Prevalência (%) de autoavaliação da saúde bucal das pessoas idosas de Mato Grosso. Pesquisa Nacional de Saúde, 2019 (n = 513).



Fonte: Dados públicos da Pesquisa Nacional de Saúde, 2019.

A autoavaliação revela a necessidade de intervenções, visto que a saúde bucal é influenciada por fatores como edentulismo, necessidade de prótese, perda da funcionalidade, doenças periodontais, dor e aspectos estéticos (Agostinho; Campos; Silveira, 2015; Andrade *et al.*, 2018). Isso indica que a boa avaliação neste quesito pode ser alcançada, principalmente, na presença de dentição funcional ou de próteses (Andrade *et al.*, 2018), bem como por meio de acesso a cuidados constantes com a saúde bucal, a fim de se evitar desconfortos e promover o bem-estar.

Esse indicador de saúde direciona a busca e o uso dos serviços odontológicos, considerando que os indivíduos com pior autoavaliação da saúde bucal provavelmente formarão a principal demanda para os serviços de saúde. O conhecimento sobre este indicador pode subsidiar os gestores para implementar ações de promoção, prevenção e reabilitação integrando estratégias assistenciais, com intervenções direcionadas aos grupos com piores avaliações (Pedro *et al.*, 2019).

Edentulismo e uso de prótese

Quanto à perda dentária superior e inferior total, a prevalência foi de 46,6% e 29,9%, respectivamente, enquanto o uso de prótese foi referido por 80,3% dos idosos (Tabela 1).

Em relação à perda dentária, estudos apontam a vulnerabilidade da população idosa neste quesito. A PNS 2013 revelou que 41,5% (IC_{95%}: 39,8- 43,2) das pessoas idosas haviam perdido todos os dentes e 67,4% (IC_{95%}: 65,9-69,0) haviam perdido 13 dentes ou mais, demonstrando uma discrepância elevada em relação às demais faixas etárias (Nico *et al.*, 2016). Dados da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal de 2010 também apontam elevada perda dentária entre as pessoas idosas, em que 88,5% deles tinham entre zero e 20 dentes (Ferreira; Antunes; Andrade, 2013).

O alto percentual de edêntulos totais ou parciais mostra a magnitude deste problema, que deve ser considerado como uma questão de saúde pública (Maia *et al.*, 2020). As perdas dentárias podem surgir em decorrência, principalmente, da evolução das cáries, da doença periodontal e de traumatismo dentário. As duas primeiras causas se relacionam não apenas à negligência pessoal no autocuidado, mas também à falta de práticas odontológicas centradas na prevenção e à dificuldade de acesso aos serviços odontológicos, entre outros. Tais motivos para a perda dentária são mais evidentes do que outras elaborações do imaginário popular, entre eles a crença de que o processo carioso é natural ou de que há uma predisposição hereditária para se ter dentes mais resistentes ou mais fracos (Oreste-Cardoso *et al.*, 2015).

Outro aspecto que deve ser levado em consideração é o motivo que leva à decisão de extrair os dentes ao invés de mantê-los. Os estudos apontam que a dor dentária geralmente condiciona essa decisão, motivada por fatores como a escassez de serviços odontológicos, que dificulta o acesso em tempo oportuno, a ausência de tratamento restaurador no serviço público e o alto custo de procedimentos que evitariam a retirada dos dentes (Silva-Júnior *et al.*, 2017; Cortez *et al.*, 2023). Na organização dos serviços

e planejamento das ações, os condicionantes acima indicam a necessidade de ampliar os serviços públicos, qualificar os profissionais e facilitar o acesso dos idosos tanto às ações de prevenção como ao tratamento restaurador, de forma a reverter a decisão pela extração dentária (Cortez *et al.*, 2023).

Tabela 1 – Prevalência (%) de perda dentária e uso de prótese entre a população idosa de Mato Grosso. Pesquisa Nacional de Saúde, 2019 (n = 513).

	%	IC 95%
Perda dentária superior		
Não	9,0	5,4-14,6
Sim, alguns dentes	45,0	37,2-53,1
Sim, todos os dentes	46,0	38,2-54,0
Perda dentária inferior		
Não	11,2	7,3-16,9
Sim, alguns dentes	58,9	51,1-66,3
Sim, todos os dentes	29,9	23,5-37,1
Uso de prótese dentária		
Sim	80,3	75,5-84,5
Não	19,7	15,5-24,5

*Prevalências e intervalos de 95% de confiança (IC_{95%}) calculados sob ponderações devidas ao desenho amostral. Fonte: Dados públicos da Pesquisa Nacional de Saúde, 2019.

A perda dentária causa diversos sentimentos negativos como insegurança, vergonha, timidez, tristeza, culpa, humilhação, baixa autoestima e sensação de inferioridade, que influenciam diretamente na qualidade de vida das pessoas. Estas situações podem prejudicar as atividades diárias, como o trabalho; as relações sociais e afetivas dos indivíduos; a imagem corporal; e a funcionalidade tanto da fala como da mastigação (Oreste-Cardoso *et al.*, 2015; Maia *et al.*, 2020; Cortez *et al.*, 2023). Em relação à mastigação, cabe destacar sua importância no contexto do envelhecimento, pois além de prejudicar o prazer em se alimentar, prejudica a qualidade da alimentação, devido às dificuldades para cortar, morder e triturar os alimentos (Oreste-Cardoso *et al.*, 2015).

Sendo assim, a prevenção da perda dentária deve ser uma das prioridades das políticas públicas de saúde bucal.

Cortez *et al.* (2023) salientam que a integralidade da atenção em saúde é uma prioridade, e os serviços devem considerar os aspectos psicológicos e sociais que impactam a qualidade de vida das pessoas. Adicionalmente, os autores reforçam que, em razão do elevado edentulismo entre os adultos e idosos, é necessária uma mudança expressiva no modelo de atenção à saúde desta população, a fim de evitar o ciclo restaurador recorrente, a mutilação dentária e a permanência da cultura do edentulismo como parte natural do processo de envelhecimento (Maia *et al.*, 2020; Cortez *et al.*, 2023).

A prevalência do uso de prótese dentária é elevada entre a população idosa (Nico *et al.*, 2016; Azevedo *et al.*, 2017) e reflete os fatores expostos acima que podem ter contribuído para a perda dentária ao longo da vida. Porém, a reabilitação protética não é acessível a todas as pessoas e pode não ser suficiente para recuperar plenamente o desempenho fisiológico promovido por uma arcada dentária natural. Além disso, pode afetar aspectos como a fala, a sensibilidade degustativa, a mastigação, entre outros (Bortoli, *et al.*, 2017; Cortez *et al.*, 2023).

Não se pode desconsiderar que o uso de prótese proporciona benefícios como melhorias na mastigação, estética, autoestima, fala e relacionamentos interpessoais (Kreve; Anzolin, 2016). Neste sentido, é importante considerar o nível de satisfação dos indivíduos com o aparelho protético (Oreste-Cardoso *et al.*, 2015) e promover a reabilitação com próteses dentárias no contexto do Sistema Único de Saúde, como parte da atenção à saúde bucal da população idosa (Nascimento *et al.*, 2018).

Por se tratar de um estudo transversal, é possível que ele esteja permeado pelo viés de memória nas informações autorreferidas, além de outras limitações. Apesar destas restrições, reforça-se a importância deste estudo para dar visibilidade às condições de saúde bucal da população idosa de Mato Grosso e contribuir para a formulação de políticas públicas específicas para esta população.

Considerações finais

Ao abordar as condições de saúde bucal da população idosa do estado de Mato Grosso, este estudo se apresenta como pioneiro. De forma geral, os dados revelaram expressiva prevalência de idosos com condições de higiene bucal inadequada, elevado edentulismo e uso frequente de próteses dentárias. Achados que podem ajudar a compreender, ao menos em parte, o padrão encontrado na autoavaliação da saúde bucal, que em muitos casos não espelha a gravidade clínica das condições da saúde bucal.

Apesar de a perda dentária ser culturalmente considerada como parte do processo natural de envelhecimento, ela deve ser considerada como reflexo da falta de orientação ou informação referente aos cuidados com a saúde bucal, e da escassez de serviços odontológicos públicos de qualidade, entre outros aspectos.

Neste sentido, considerando as especificidades e o crescente envelhecimento da população brasileira, o desafio que se impõe aos gestores do SUS é promover a saúde bucal e a inclusão dos idosos nos diversos níveis de atenção. A qualificação das equipes da Atenção Primária à Saúde (APS) para o cuidado contínuo, o enfoque na odontogeriatria, a oferta de próteses dentárias funcionais e adaptadas, e a inserção da saúde bucal na Rede de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa podem alcançar avanços imprescindíveis para a qualidade de vida desta população. Além disso, o uso de tecnologias, como a teleodontologia, pode ampliar o alcance das ações, especialmente entre os idosos com dificuldades de mobilidade ou residentes em áreas de difícil acesso.

Referências

AGOSTINHO, A. C. M. G.; CAMPOS, M. L.; SILVEIRA, J. L. G. C. Edentulismo, uso de prótese e autopercepção de saúde bucal entre idosos, **Revista de Odontologia da UNESP** (*online*), v. 44, n. 2, p. 74-79, mar./abr. 2015.

ALMEIDA, A. N. O acesso aos serviços de saúde pelos idosos no Brasil com base na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) entre 1998 e 2008, **Jornal Brasileiro de Economia da Saúde** (online), v. 7, n. 1, p. 43-52, 2015.

ANDRADE, F. B.; TEIXEIRA, D. S. C.; FRAZÃO, P.; DUARTE, Y. A. O.; LEBRÃO, M. L.; ANTUNES, J. L. F. Perfil de saúde bucal de idosos não institucionalizados e sua associação com autoavaliação da saúde bucal. **Revista Brasileira de Epidemiologia** (online), v. 21, Supl. 2, e180012. supl. 2, 2018.

AZEVEDO, J. S.; AZEVEDO, M. S.; OLIVEIRA, L. J. C.; CORREA, M. B.; DEMARCO, F. F. Uso e necessidade de prótese dentária em idosos brasileiros segundo a Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (SB Brasil 2010): prevalências e fatores associados. **Cadernos de Saúde Pública** (online), v. 33, n. 8, e00054016, 2017.

BASTOS, T. F.; MEDINA, L. P. B.; SOUSA, N. F. S.; LIMA, M. G.; MALTA, D. C.; BARROS, M. B. A. Income inequalities in oral health and access to dental services in the Brazilian population: National Health Survey, 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia** (online), v. 22, Supl. 2, E190015.SUPL.2, 2019.

BORTOLI, F. R.; MOREIRA, M. A.; MORETTI-PIRES, R. O.; BOTAZZO, C.; KOVALESKI, D. F. Percepção da saúde bucal em mulheres com perdas dentárias extensas, **Saúde e Sociedade** (online). São Paulo, v.26, n.2, p.533- 544, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

CHAVES, S. C. L.; ALMEIDA, A. M. F. L.; ROSSI, T. R. A.; SANTANA, S. F.; BARROS, S. G.; SANTOS, C. M. L. Política de Saúde Bucal no Brasil 2003- 2014: cenário, propostas, ações e resultados. **Ciência & Saúde Coletiva** (online), v. 22, n. 6, p. 1791-1803, 2017.

CHAVES, S. C. L.; ALMEIDA, A. M. F. L.; REIS, C. S.; ROSSI, T. R. A.; BARROS, S. G. Política de Saúde Bucal no Brasil: as

transformações no período 2015-2017. **Saúde em Debate** (*online*), Rio de Janeiro, v. 42, número especial 2, p. 76-91, out. 2018.

CORTEZ, G. F. P.; BARBOSA, G. Z.; TÔRRES, L. H. N.; UNFER, B. Razões e consequências das perdas dentárias em adultos e idosos no Brasil: metassíntese qualitativa. **Ciência & Saúde Coletiva** (*online*), v. 28, n. 5, p. 1413-1424, 2023.

FAGUNDES, M. L. B.; BASTOS, L. F.; AMARAL JÚNIOR, O. L.; MENEGAZZO, G. R.; CUNHA, A. R.; STEIN, C.; ABREU, L. G.; HUGO, F. N.; GIORDANI, J. M. A.; MALTA, D. C.; ISER, B. P. M. Socioeconomic inequalities in the use of dental services in Brazil: an analysis of the 2019 National Health Survey, **Revista Brasileira de Epidemiologia** (*online*), v. 24, E210004.SUPL.2, 2021.

FERREIRA, C. O.; ANTUNES, J. L. F.; ANDRADE, F. B. Fatores associados à utilização dos serviços odontológicos por idosos brasileiros. **Revista de Saúde Pública** (*online*), São Paulo, v. 47, Suplemento 3, p. 90-97, 2013.

GUISILINI, A. C.; BULGARELI, J. V.; GUERRA, L. M.; PEREIRA, A. C.; CUNHA, I. P.; LEMOS, P. N.; POSSOBON, R. F.; CORTELLAZZI, K. L. Caries experience in children under 5 years old in the Xingu Indigenous Park in Brazil. **Brazilian Journal of Oral Sciences** (*online*), v. 20, n. 211606, p. 1-11, 2021.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Saúde: 2013**: acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências: Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Rio de Janeiro: IBGE, 2015.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Saúde: 2019**: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal: Brasil e grandes regiões. Rio de Janeiro: IBGE, 2020.

KREVE, S.; ANZOLIN, D. Impacto da saúde bucal na qualidade de vida do idoso. **Revista Kairós-Gerontologia** (*online*), v. 19, Especial22, p. 45-59, 2016.

MAIA, L. C.; COSTA, S. M.; MARTELLI, D. R. B.; CALDEIRA, A. P. Edentulismo total em idosos: envelhecimento ou desigualdade social? **Revista Bioética** (*online*), Brasília, v. 28, n. 1, p. 173-181, jan./mar., 2020.

MEDEIROS, A. R. S.; SILVA, A. M. C.; BOTELHO, C. Associação do tabagismo com periodontite crônica em usuários do Sistema Único de Saúde, Cuiabá, Mato Grosso, **Revista Gaúcha de Odontologia** (*online*), Porto Alegre, v. 57, n.4, p. 425-430, out./dez. 2009.

NASCIMENTO, J. E.; SALES, M. S. M.; FERREIRA, E. F.; FARIAS, P. K. S.; FERREIRA, R. C.; MARTINS, A. M. E. B. L. Reabilitação com prótese dentária total em idosos e melhoria na dimensão do OHIP. **Arquivos em Odontologia** (*online*), Belo Horizonte, v. 54, e05, 2018.

NICO, L. S.; ANDRADE, S. S. C. A.; MALTA, D. C.; PUCCA JÚNIOR, G. A.; PERES, M. A. Saúde Bucal autorreferida da população adulta brasileira: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Ciência e Saúde Coletiva** (*online*), v. 21, n. 2, p. 389-398, 2016.

ORESTE-CARDOSO, S.; PASSOS, K. K. M.; NASCIMENTO, S. L. C.; MELO, M. V. S.; TRINDADE, M. O. Representações ideativas sobre edentulismo e reabilitação protética na percepção de idosos. **Revista Brasileira de Promoção da Saúde** (*online*), Fortaleza, v. 28, n. 3, p. 394-401, jul./set. 2015.

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde. **Situação da saúde bucal de pessoas idosas nas Américas**. Washington: Organização Pan-Americana da Saúde, 2023.

PEDRO, R. E. L.; ROCHA, J. P.; MARTINS, R. B.; IANISKI, V. B.; VALDEZ, E. J.; BÓS, A. J. G. Características de autocuidado em Saúde Oral, hábitos e acesso a serviço odontológico por idosos rurais e urbanos. **Revista Kairós Gerontologia** (*online*), São Paulo, v. 22, n.4, p. 469-485, 2019.

PERES, M. A.; BARBATO, P. R.; REIS, S. C. G. B; FREITAS, C. H. S. M; ANTUNES, J. L. F. Perdas dentárias no Brasil: análise da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal 2010. **Revista de Saúde Pública** (*online*), v. 47, Supl. 3, p. 78-89, 2013.

ROSA, L. B.; ZUCCOLOTO, M. C.; BATAGLION, C.; CORONATTO, E. Odontogeriatrics - a saúde bucal na terceira idade. **Revista da Faculdade de Odontologia – RFO** (*online*), v. 13, n. 2, p. 82-86, mai./ago. 2008.

SANTOS, L. P. S.; LIMA, A. M. F. S.; CHAVES, S. C. L.; VILELA, D. M. O. C.; VALENTE, A. M. P. C.; ROSSI, T. R. A. Política de Saúde Bucal no Brasil: transformações e rupturas entre 2018-2021. **Ciência & Saúde Coletiva** (*online*), v. 28, n. 5, p. 1575-1587, 2023.

SILVA-JÚNIOR, M. F.; SOUSA, A. C. C.; BATISTA, M. J.; SOUSA, M. L. R. Condição de saúde bucal e motivos para extração dentária entre uma população de adultos (20-64 anos). **Ciência & Saúde Coletiva** (*online*), v. 22, n. 8, p. 2693-2702, 2017.

STOPA, S. R.; SZWARCOWALD, C. L.; OLIVEIRA, M. M.; GOUVEA, E. C. D. P.; VIEIRA, M. L. F. P.; FREITAS, M. P. S.; SARDINHA, L. M. V.; MACÁRIO, E. M. Pesquisa Nacional de Saúde 2019: histórico, métodos e perspectivas. **Epidemiologia e Serviços de Saúde** (*online*), v. 29, n. 5, e2020315, 2020.

WHO - World Health Organization. **Global oral health status report 2022: Towards universal health coverage for oral health by 2030**. Geneva: World Health Organization, 2022.

Capítulo 14

Marcadores de alimentação saudável segundo variáveis sociodemográficas na população idosa de Mato Grosso: Pesquisa Nacional de Saúde, 2019

Suelene Aparecida Lopes
Bárbara da Silva Nalin de Souza
Lhaís de Paula Barbosa Medina
Alane Andrea Souza Costa
Celma Lucia Rocha Alves Ferreira
Neuciani Ferreira da Silva Sousa

Introdução

Estima-se que, em 2050, a população mundial de pessoas idosas terá mais do que dobrado, alcançando a marca de 2,1 bilhões de pessoas, e nas Américas, uma em cada seis pessoas terá 60 anos ou mais de idade (Organização Pan-Americana da Saúde, 2020). O envelhecimento populacional em grande escala representa uma das maiores conquistas das últimas décadas, fruto de avanços econômicos, sociais e tecnológicos. Entretanto, é um desafio para as políticas públicas, que devem extrapolar o foco nas doenças e priorizar ações de prevenção e promoção da saúde que garantam um adequado processo de envelhecimento (Centro Internacional de Longevidade Brasil, 2015; OPAS, 2020; Veras; Oliveira, 2018).

A Organização das Nações Unidas (ONU) declarou o período de 2020-2030 como a Década do Envelhecimento Saudável, que consiste em um plano global, que reunirá diferentes atores sociais para melhorar a vida das pessoas idosas, de suas famílias e de suas comunidades. O envelhecimento saudável é um processo que visa manter e otimizar a habilidade funcional, entendida como a

o seu bem-estar. A habilidade funcional é determinada pela capacidade intrínseca de uma pessoa (combinação de todas as capacidades físicas e mentais), pelo ambiente que ela vive (contexto geral de vida) e pelas interações entre eles (OPAS, 2020).

O referido plano apoia a concretização da Agenda 2030, que é um compromisso global de que cada ser humano terá a oportunidade de atingir seu potencial com dignidade e igualdade, e de seus 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Um desses objetivos é erradicar a fome e alcançar a segurança alimentar e a melhoria da nutrição, com atenção especial para os segmentos populacionais mais vulnerabilizados. Entre estes, destacam-se as pessoas idosas, que podem estar mais expostas à insegurança alimentar e nutricional em função de mudanças fisiológicas e funcionais inerentes a multidimensionalidade dos fatores determinantes da saúde dos idosos, bem como de alterações econômicas e sociais recorrentes na velhice (Brasil, 2006; Moraes; Azevedo, 2016; Brasil, 2019).

No Brasil, foram realizados alguns estudos sobre marcadores de consumo alimentar na população idosa (Viebig *et al.*, 2009; Silveira *et al.*, 2015; IBGE, 2020; Pereira *et al.*, 2020; Saes *et al.*, 2022). Outros incluíram a população idosa em sua amostra, mas não aprofundaram as análises sobre este subgrupo específico, sendo possível apenas identificar as prevalências de alguns marcadores (Jaime *et al.*, 2015; Santin *et al.*, 2022; Costa *et al.*, 2022; Louzada *et al.*, 2023).

Os estudos encontrados revelaram que a dieta dos idosos brasileiros é caracterizada pela ingestão insuficiente de frutas, legumes e verduras (Viebig *et al.*, 2009; Silveira *et al.*, 2015; Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2020) e troca de refeições principais por lanches (principalmente o jantar), ainda que a ingestão de alimentos ultraprocessados seja menor quando comparada à dos jovens (Costa *et al.*, 2022; Louzada *et al.*, 2023) e predomine o consumo de arroz e de feijão (IBGE, 2020), combinação típica do Brasil, caracterizada por excelente perfil de nutrientes (Brasil, 2014).

Outros estudos também mostraram diferenças na distribuição sociodemográfica dos marcadores de consumo alimentar, com predomínio do consumo regular (> que 5 vezes por semana) de frutas, verduras e legumes entre as mulheres (Silveira *et al.*, 2015; Pereira *et al.*, 2020) e entre os segmentos sociais mais favorecidos em termos de escolaridade ou renda (Viebig *et al.*, 2009; Silveira *et al.*, 2015; Saes *et al.*, 2022); maior consumo diário de feijão entre os homens (Pereira *et al.*, 2020) e menor consumo desse alimento entre os grupos mais escolarizados (Saes *et al.*, 2022).

Frente às implicações da dieta no estado geral de saúde das pessoas idosas, a produção de informações sobre o consumo alimentar deste grupo se faz necessária para orientar o delineamento e avaliação de intervenções voltadas à promoção do envelhecimento saudável. Nessa perspectiva, este estudo teve como objetivo geral analisar a prevalência de consumo diário de marcadores de alimentação saudável e sua associação com variáveis sociodemográficas, na população idosa de Mato Grosso, em 2019.

Trata-se de um estudo transversal, de base populacional, a partir dos dados de 513 idosos (população com 60 anos ou mais), residentes no referido estado, que foram investigados pela Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), realizada em 2019 (Stopa *et al.*; 2020). Foram analisadas as frequências de consumo semanal de frutas, verduras/legumes e feijão e a associação entre o consumo diário desses alimentos e as variáveis sexo, faixa etária, raça/cor da pele autorreferida, escolaridade e local de residência. As análises foram feitas por meio do *software* STATA versão 16.0. Para verificar as associações entre as variáveis, utilizou-se o teste do qui-quadrado de *Pearson*, considerando-se estatisticamente significativos aqueles com valor de $p < 0,05$.

Marcadores de consumo alimentar da população idosa de Mato Grosso

Em sua maioria, os idosos entrevistados pela PNS 2019 no estado de Mato Grosso eram da faixa etária de 60 a 69 anos (55,7%),

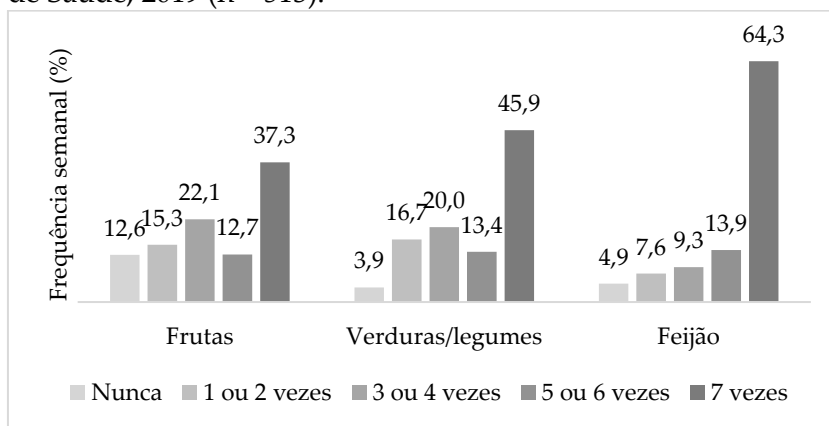
de cor da pele autorreferida preta/parda (60,3%), sem instrução ou com Ensino Fundamental incompleto (74,6%), e residiam na região urbana (81,4%). E houve semelhança na distribuição segundo o sexo (50,6% eram do sexo feminino e 49,4% do masculino).

Quanto à frequência de consumo alimentar, menos da metade dos idosos referiu consumo diário de frutas e verduras/legumes (37,3% e 45,9%, respectivamente), e em relação às frutas, 12,6% relataram nunca consumir (Figura 1). Quando considerado o consumo regular desses alimentos, ou seja, 5 ou mais vezes por semana, a prevalência foi de 50,0% para frutas e 59,3% para verduras/legumes (Figura 1).

Resultados semelhantes foram encontrados por Silveira *et al.* (2015), que investigaram o consumo alimentar e fatores associados em 416 idosos de Goiânia-GO, e encontraram uma prevalência de consumo diário de frutas, verduras e legumes (FVL) inferiores a 50%. Se considerado o consumo regular de frutas e verduras/legumes (5 vezes ou mais por semana), os resultados do presente estudo apontam que, em Mato Grosso, este foi menor do que o observado para o conjunto das pessoas idosas brasileiros investigados pela PNS 2019. Segundo Santin *et al.* (2022), 59,2% (IC_{95%}: 58; 60,3) e 63,4% (IC_{95%}: 62,4-64,4) relataram consumo regular de frutas e verduras/legumes, respectivamente.

Para aumentar o consumo alimentar de FVL, recomenda-se o desenvolvimento de estratégias de promoção da saúde para além da educação alimentar e nutricional, ou seja, que incluam iniciativas de produção, processamento, distribuição e comercialização, de modo a influenciar na disponibilidade, acesso e consumo desses alimentos (Brasil, 2022). Isso porque, a adoção de uma alimentação saudável não é, simplesmente, uma questão de escolha individual. Há muitos fatores (físicos, econômicos, políticos, culturais e sociais), que podem influenciar, de maneira positiva ou negativa, o padrão alimentar das pessoas, posto que determinam o acesso, a seleção dos alimentos, a quantidade consumida e as práticas alimentares adotadas (Brasil, 2014; Brasil, 2022).

Figura 1 – Frequência (%) dos marcadores de consumo alimentar saudável na população idosa de Mato Grosso. Pesquisa Nacional de Saúde, 2019 (n = 513).



Fonte: Dados públicos da Pesquisa Nacional de Saúde, 2019.

No caso do consumo de frutas, verduras e legumes, o fato de residir em áreas com acesso facilitado a feiras e mercados de boa qualidade, que oferecem esses alimentos frescos e a preços acessíveis, favorece a adoção de hábitos alimentares mais saudáveis. Por outro lado, fatores como custos mais elevados, realização de refeições em locais com poucas opções saudáveis, e exposição intensa à publicidade de alimentos processados ou ultraprocessados, como os *fast foods*, podem comprometer a ingestão desses alimentos (Brasil, 2014). Adicionalmente, a baixa produção agrícola voltada para o mercado interno, que caracteriza o estado do Mato Grosso (Oliveira; Lemes, 2023), é um dos fatores que afetam negativamente a disponibilidade, o acesso e o consumo de FLV (Brasil, 2022).

Para reduzir os efeitos do agronegócio, característico de Mato Grosso, o Ministério da Saúde recomenda o fortalecimento da agricultura familiar, promovendo o mercado interno, a sustentabilidade e a valorização da biodiversidade regional, por meio de ações estatais efetivas, tais como redução de juros de financiamento agrário, acesso à tecnologia e transporte, e

promoção de logística adequada para esses produtores, com estratégias de escoamento de produção e venda dos produtos (Brasil, 2022).

Ainda em relação à Figura 1, os dados revelam prevalência expressiva de consumo diário (64,5%) e regular (78,2%) de feijão. Tais prevalências foram mais elevadas do que as observadas para a população idosa do Brasil, em que o consumo diário foi estimado em 50,0% (Saes *et al.*, 2022) e o regular em 70,1% (IC_{95%}: 69,1-71,1) (Santin *et al.*, 2022).

Tais achados são positivos, pois o consumo regular de feijão está associado a melhores níveis gerais de ingestão de nutrientes, melhor controle do peso corporal e menor pressão arterial sistólica (Papanikolaou; Fulgoni, 2008). Entre os marcadores saudáveis avaliados, o consumo de feijão foi o mais frequente, possivelmente por ser um alimento relativamente mais barato, com maior durabilidade e não necessitar de temperatura para armazenamento e de idas frequentes ao mercado para sua aquisição. Adicionalmente, destaca-se a importância do feijão enquanto alimento tradicional da culinária brasileira que, combinado ao arroz, compõe a base das refeições principais da população (Barbosa, 2007).

Verificam-se na Tabela 1 algumas associações entre as variáveis sociodemográficas e o consumo de frutas. As frutas foram mais consumidas diariamente por mulheres, por pessoas com ensino superior completo e que residiam na região urbana. As verduras/legumes foram mais consumidas por mulheres, por idosos de 60 a 69 anos, de raça/cor da pele autorreferida branca e que residiam no perímetro urbano (Tabela 2). O consumo diário de feijão, por sua vez, foi mais referido pelos idosos sem instrução ou com ensino fundamental incompleto (Tabela 3).

As desigualdades no consumo alimentar da população idosa no Brasil também foram investigadas por Saes *et al.* (2022) a partir dos dados de 43.554 idosos entrevistados pela PNS 2019. Os achados revelaram maior consumo diário de alimentos saudáveis, como as frutas e verduras/legumes, entre os idosos mais

escolarizados, porém, os menos escolarizados consumiam mais feijão. O estudo aponta a necessidade de se identificar as peculiaridades de cada estrato social, para que elas sejam consideradas no desenvolvimento de ações voltadas para a população idosa.

Tabela 1 – Prevalência (%) de consumo diário de frutas, segundo variáveis sociodemográficas, de pessoas idosas de Mato Grosso. Pesquisa Nacional de Saúde, 2019 (n = 513).

Variáveis	Frutas		
	%*	IC _{95%}	Valor de p**
Sexo			
Feminino	46,0	36,8-55,4	0,0013
Masculino	28,3	21,4-36,5	
Faixa etária (em anos)			
60 a 69	37,8	29,8-46,6	0,6997
70 a 79	34,0	25,0-44,3	
80 anos e mais	42,0	24,7-61,4	
Raça/cor			
Branca	42,2	31,6-53,6	0,1488
Preta/parda	33,2	26,0-41,2	
Escolaridade			
Sem instrução/Ensino Fund.incompleto	31,6	24,6-39,6	0,0023
Ensino Fund. completo/Ensino Médio incompleto	52,2	35,3-68,6	
Ensino Médio completo/Ensino Superior incompleto	49,2	33,9-64,7	
Ensino Superior Completo	61,7	41,9-78,2	
Região			
Urbano	41,9	34,3-49,9	0,0001
Rural	17,0	10,7-26,0	

* Prevalências calculadas sob ponderações devidas ao desenho amostral; ** Teste do qui-quadrado de Pearson com ajuste de Rao-Scott. Fonte: Dados públicos da Pesquisa Nacional de Saúde, 2019.

Tabela 2 – Prevalência (%) de consumo diário de verduras e legumes, segundo variáveis sociodemográficas, de pessoas idosas de Mato Grosso. Pesquisa Nacional de Saúde, 2019 (n = 513).

Variáveis	Verduras e legumes		
	%*	IC 95%	valor de p**
Sexo			
Feminino	55,3	45,9-64,4	0,0025
Masculino	36,3	28,3-45,2	
Faixa etária (em anos)			
60 a 69	52,2	43,7-60,6	0,0422
70 a 79	42,1	30,5-54,6	
80 anos e mais	29,3	17,2-45,4	
Raça/cor			
Branca	58,2	46,5-69,0	0,0016
Preta/parda	37,1	30,4-44,4	
Escolaridade			
Sem instrução/Ensino Fundamental incompleto	41,8	34,0-50,0	0,0623
Ensino Fundamental completo/Ensino Médio incompleto	56,1	39,3-71,5	
Ensino Médio completo/Ensino Superior incompleto	57,4	41,6-71,9	
Ensino Superior Completo	61,2	41,8-77,6	
Região			
Urbano	50,6	43,6-57,7	0,0087
Rural	25,2	13,1-43,0	

* Prevalências calculadas sob ponderações devidas ao desenho amostral; ** Teste do qui-quadrado de Pearson com ajuste de Rao-Scott. Fonte: Dados públicos da Pesquisa Nacional de Saúde, 2019.

Outro estudo, feito com base em dados da PNS 2013 e 2019 (Santin *et al.*, 2022), também mostrou que o consumo de alimentos pode variar amplamente entre os subgrupos sociodemográficos. Os resultados revelaram que as mulheres também apresentaram maior prevalência de consumo regular de frutas e verduras, porém menor prevalência de consumo de feijão. Em relação à renda e

escolaridade, as categorias mais pobres e menos escolarizadas da população brasileira apresentaram as maiores prevalências de consumo regular de feijão. Por outro lado, esses segmentos populacionais apresentaram as menores prevalências em relação ao consumo de frutas e hortaliças, quando comparados aos mais ricos e mais escolarizados, respectivamente.

Ainda em relação ao estudo de Santin *et al.* (2022), as pessoas de cor da pele autodeclarada preta e parda apresentaram um contraste marcado pela alta adequação de consumo de feijão e baixa ingestão de frutas e hortaliças em relação aos demais grupos. E quanto ao local de residência, o consumo regular de feijão foi mais prevalente na zona rural, enquanto frutas e hortaliças foram mais prevalentes na zona urbana, coadunando com os achados do presente estudo.

Jaime *et al.* (2015) também observaram em seu estudo que o consumo alimentar da população brasileira com 18 anos e mais é determinado por características sociodemográficas. O consumo de feijão foi mais prevalente entre os homens e pessoas com raça/cor autodeclarada preta ou parda, de menor instrução e residentes em áreas rurais. Os autores também verificaram que o consumo regular de frutas e hortaliças foi maior entre as mulheres, idosos e indivíduos com níveis de instrução mais elevados, raça/ cor da pele branca e residentes em área urbana.

Como se pode notar nos estudos supracitados, o maior nível de escolaridade, em geral, se associou ao maior consumo de frutas, coadunando com os achados do presente estudo, porém, em Mato Grosso, não foi observada desigualdade educacional no consumo de verduras/legumes, divergindo da literatura consultada. Em relação ao sexo, também foram observadas algumas divergências com os dados deste estudo, que não identificou diferença no consumo de feijão.

Porém, vale salientar, que tais divergências podem ser explicadas, em parte, pelas diferenças metodológicas dos estudos. Isso porque, no presente estudo, as associações foram estimadas em relação ao consumo diário, enquanto nos estudos de Jaime *et al.*

(2015) e Santin *et al.* (2022) foi considerado o consumo regular (cinco ou mais vezes por semana). Além disso, nos referidos estudos, as associações foram analisadas para a população acima de 18 anos de idade e não especificamente para os idosos.

Tabela 3 – Prevalência (%) de consumo diário de feijão, segundo variáveis sociodemográficas, de pessoas idosas residentes em Mato Grosso. Pesquisa Nacional de Saúde, 2019 (n = 513).

Variáveis	Feijão		
	%*	IC 95%	valor de p**
Sexo			
Feminino	61,1	51,1-70,3	0,2802
Masculino	67,6	58,9-75,2	
Faixa etária (em anos)			
60 a 69	64,6	57,2-71,4	0,7418
70 a 79	66,3	54,1-76,6	
80 anos e mais	59,1	39,9-75,9	
Raça/cor			
Branca	58,8	48,0-68,8	0,1684
Preta/parda	67,7	58,8-75,6	
Escolaridade			
Sem instrução/Ensino Fund.incompleto	67,8	59,8-74,9	0,0401
Ens. Fund. completo/Ens. Médio incompleto	63,2	39,4-82,0	
Ens. Médio completo/Ens. Superior incompleto	59,5	41,8-75,0	
Ens. Superior Completo	36,0	20,8-54,7	
Região			
Urbano	61,2	53,3-68,4	0,0418
Rural	78,2	63,1-88,3	

* Prevalências calculadas sob ponderações devidas ao desenho amostral; ** Teste do qui-quadrado de Pearson com ajuste de Rao-Scott. Fonte: Dados públicos da Pesquisa Nacional de Saúde, 2019.

Uma das forças deste estudo é que ele analisou dados de um inquérito nacional (PNS), em âmbito estadual, o que reduziu os custos com a pesquisa, e ampliou a visibilidade sobre indicadores

pouco explorados para a população idosa de Mato Grosso. Além disso, é possível calcular o tamanho da população idosa que consome frutas, verduras/legumes e feijão no estado, a partir das prevalências estimadas neste estudo. Por outro lado, deve-se levar em conta as limitações que são comuns aos estudos transversais e inquéritos de consumo alimentar, que podem implicar vieses de memória no relato da dieta e subestimação ou superestimação do consumo de certos tipos de alimentos, pelo fato de o entrevistado buscar corresponder aos padrões de alimentação considerados saudáveis (Medlin; Skinner, 1988). Além disso, salienta-se que a utilização de diferentes métodos para avaliar o consumo alimentar, e a escassez de estudos específicos da população idosa, limitaram a comparação dos dados.

Considerações finais

Os dados do presente estudo revelaram baixa prevalência de consumo diário de frutas, verduras e legumes, na população idosa de Mato Grosso, contrariando as recomendações do Guia Alimentar para a População Brasileira (Brasil, 2014). Por outro lado, um aspecto positivo observado diz respeito à expressiva prevalência de idosos que referiram consumo diário de feijão, correspondendo a quase dois terços deles.

Além disso, foram observadas diferenças nos marcadores de consumo alimentar saudável entre os estratos sociodemográficos, indicando peculiaridades de diferentes segmentos da população que necessitam ser consideradas nas ações de promoção de sistemas alimentares saudáveis, justos e sustentáveis. Nesse sentido, maior atenção deve ser dada aos homens, aos menos escolarizados e aos residentes em áreas rurais, no que diz respeito à promoção do consumo de frutas e verduras/legumes. Por outro lado, os mais escolarizados devem ser estimulados a consumir diariamente feijão ou outras leguminosas.

Referências

BARBOSA, L. Feijão com arroz e arroz com feijão: o Brasil no prato dos brasileiros. **Horizontes antropológicos** (online), v.13, p.87-116, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: **Diário Oficial da União**; 2006.

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

BRASIL Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Recomendações para o aumento do consumo de frutas, legumes e verduras**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. **Nota técnica para organização da rede de atenção à saúde com foco na atenção primária à saúde e na atenção ambulatorial especializada - saúde da pessoa idosa**. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein, Ministério da Saúde, 2019.

CENTRO INTERNACIONAL DE LONGEVIDADE BRASIL. **Envelhecimento ativo: um marco político em resposta à revolução da longevidade**. Rio de Janeiro: Centro Internacional de Longevidade Brasil; 2015.

COSTA, C. S.; STEELE, E. M.; FARIA, F. R.; MONTEIRO, C. A. Score of ultra-processed food consumption and its association with sociodemographic factors in the *Brazilian National Health Survey*, 2019. **Cadernos de Saúde Pública** (online), v. 38, p. e00119421, 2022.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa de orçamentos familiares 2017-2018:**

avaliação nutricional da disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2020.

JAIME, P.C.; STOPA, S. R.; OLIVEIRA, T. P.; VIEIRA, M. L.; SZWARCOWALD, C. L.; MALTA, D. C. Prevalência e distribuição sociodemográfica de marcadores de alimentação saudável, Pesquisa Nacional de Saúde, Brasil 2013.

Epidemiologia e Serviços de Saúde (*online*), v. 24, n. 2, p. 267-276, 2015.

LOUZADA, M. L. C.; CRUZ, G. L.; SILVA, K. A. A. N.; GRASSI, A. G. F.; ANDRADE, G. C.; RAUBER, F. ; LEVY, R. B.; MONTEIRO, C. A. Consumption of ultra-processed foods in Brazil: distribution and temporal evolution 2008–2018. **Revista de Saúde Pública** (*online*), v. 57, p. 12, 2023.

MEDLIN, C.; SKINNER, J. Individual dietary intake methodology: a 50-year review of progress. **Journal of the American Dietetic Association** (*online*), v. 88, n. 10, p. 1250-1257, 1988.

MORAES, E. N.; AZEVEDO, R. S. **Fundamentos do Cuidado ao Idoso Frágil**. Belo Horizonte: Folium; 2016.

OLIVEIRA, A. L.; LEMES, D. P. Mato Grosso: a construção de um território celeiro do Brasil. **ACTA Geográfica** (*online*), Boa Vista, v. 17, n. 43, p.132-142, jan./abr. 2023.

OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Decade of Healthy Ageing 2020-2030**. Organização Pan-Americana da Saúde, 2020.

PAPANIKOLAOU, Y.; FULGONI, V.L. Bean consumption is associated with greater nutrient intake, reduced systolic blood pressure, lower body weight, and a smaller waist circumference in adults: results from the National Health and Nutrition Examination Survey 1999-2002. **Journal of the American College of Nutrition** (*online*), v. 27, n. 5, p. 569-576, 2008.

PEREIRA, B. P.; BORTOLOTO, C. C.; TOMASI, E.; GONZALEZ, M. C.; GOMES, A. P.; GONÇALVES, H.; BIELEMANN, R. M. Consumo alimentar e multimorbidade entre idosos não institucionalizados de Pelotas, 2014: estudo transversal. **Epidemiologia e Serviços de Saúde** (online), v. 29, n. 3, e2019050, 2020.

SAES, M. O.; NEVES, R. G.; MACHADO, K. P.; FLORES, T. R. Desigualdades socioeconômicas no consumo alimentar da população idosa brasileira: Pesquisa Nacional de Saúde, 2019. **Ciência & Saúde Coletiva** (online), v. 27, n. 7, p. 2621-2628, 2022.

SANTIN, F.; GABE, K. T.; LEVY, R. B.; JAIME, P. C. Food consumption markers and associated factors in Brazil: distribution and evolution, Brazilian National Health Survey, 2013 and 2019. **Cadernos de Saúde Pública** (online), v. 38, n. Suppl 1, e00118821, 2022.

SILVEIRA, E. A.; MARTINS, B. B.; ABREU, L. R. S.; CARDOSO, C. K. S. Baixo consumo de frutas, verduras e legumes: fatores associados em idosos em capital no Centro-Oeste do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva** (online), v. 20, n. 12, p. 3689-3699, 2015.

STOPA, S. R.; SZWARCWALD, C. L.; OLIVEIRA, M. M.; GOUVEA, E. C. D. P.; VIEIRA, M. L. F. P.; FREITAS, M. P. S.; SARDINHA, L. M. V.; MACÁRIO, E. M. Pesquisa Nacional de Saúde 2019: histórico, métodos e perspectivas. **Epidemiologia e Serviços de Saúde** (online), v. 29, n. 5, e2020315, 2020.

VERAS, R. P.; OLIVEIRA, M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. **Ciência & Saúde Coletiva** (online), v. 23, n. 6, p. 1929-1936, jun. 2018.

VIEBIG, R. F.; PASTOR-VALERO, M.; SCAZUFCA, M.; MENEZES, P. R. Consumo de frutas e hortaliças por idosos de baixa renda na cidade de São Paulo. **Revista de Saúde Pública** (online), v. 43, n. 5 p. 806-813, out. 2009.

Parte III

Saúde de Adolescentes e Jovens

Capítulo 15

Experimentação e uso de cigarros eletrônicos por adolescentes escolares mato-grossenses: prevalência e fatores associados

Ana Paula Muraro

Paulo Rogério Melo Rodrigues

Naiara Ferraz Moreira

Introdução

A adolescência é um estágio crucial da vida, marcado por rápido crescimento e desenvolvimento, tanto físico quanto biopsicossocial. Durante esse período, os jovens passam por intensas transformações corporais e emocionais devido à puberdade (Brasil, 2014; WHO, 2023). É um momento em que o estilo de vida está sendo moldado e os adolescentes estão especialmente vulneráveis às influências do ambiente, condições socioeconômicas e valores culturais que os cercam (WHO, 2021). Este é um momento decisivo para fornecer orientação e apoio adequados, pois as escolhas feitas durante a adolescência podem ter impacto significativo no desenvolvimento, saúde e bem-estar dos indivíduos.

Neste sentido, destaca-se, entre os comportamentos de risco a saúde, o consumo do tabaco. No Brasil, de acordo com informações da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), conduzida com alunos do nono ano do ensino fundamental em 2019, 22,6% já haviam experimentado cigarro, com porcentagem mais elevada entre aqueles de 16 a 17 anos de idade (32,6%) e do sexo masculino (35,0%). Além disso, 16,8% dos adolescentes relataram que já experimentaram cigarros eletrônicos (Malta *et al.*, 2022). No *ranking* das capitais brasileiras, o estado de Mato Grosso se destacou como o segundo em prevalência de uso de cigarro eletrônico entre

adolescentes do nono ano, com 23,9% dos escolares, relatando já ter experimentado o dispositivo, valor substancialmente acima da média nacional (16,8%).

É importante ressaltar que a dependência à nicotina se estabelece de forma rápida, aumentando consideravelmente a probabilidade de que jovens que fazem uso de tabaco continuem fumando ao longo da vida. O início precoce do tabagismo é identificado como um indicador significativo para o desenvolvimento da dependência à nicotina, operando como fator independente nesse processo (USDHHS, 1994; WHO, 2023).

O cigarro eletrônico faz parte do grupo de Dispositivos Eletrônicos para Fumar (DEF) e é um derivado do tabaco com consumo crescente entre os jovens, já que seus designs modernos e sabores variados atraem essa faixa etária de consumidores, estimulando a experimentação deste produto e o aumento da quantidade de usuários. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), preocupada com esse aumento, publicou em 2009 a resolução RDC nº 46 (de 28 de agosto de 2009) que proíbe a comercialização, importação e propaganda de quaisquer DEF (Ministério da Saúde, 2009). Além disso, a agência reforçou a legislação brasileira que proíbe para menores de 18 anos a disponibilização, oferta e venda de qualquer tipo de produto derivado do tabaco (Carvalho *et al.*, 2022).

Acrescenta-se ao risco amplamente conhecido da nicotina quanto às doenças crônicas na vida adulta, que a exposição à nicotina entre adolescentes pode afetar o sistema nervoso central, causar problemas cognitivos, funcionais e comprometer o desenvolvimento desses adolescentes, gerando preocupação ao se considerar o uso de tabaco em longo prazo (Goriounova; Mansveldt, 2012). O desequilíbrio nas habilidades cognitivas, que podem ser afetadas pelo tabaco, tais como a flexibilidade mental, pensamento, controle motor, tomada de decisão, planejamento, atenção e controle inibitório, ou seja, “nas funções executivas”, na adolescência, influencia a ação comportamental inadequada em

ambientes complexos, gerando o aumento da vulnerabilidade social (Hauser *et al.*, 2015; Assis *et al.*, 2019).

Estudos brasileiros com o objetivo de verificar a experimentação e usos de cigarros eletrônicos entre adolescentes ainda são escassos (Hallal *et al.*, 2017; Malta *et al.*, 2022), não sendo encontrado estudos que avaliaram fatores associados especificamente com experimentação e uso nos últimos 30 dias. No contexto de Mato Grosso, onde os indicadores de experimentação se destacam entre os mais altos do país, esse tipo de investigação se torna ainda mais prioritário. Desta-forma, este estudo tem como objetivo avaliar a prevalência e os fatores associados ao uso de cigarros eletrônicos entre adolescentes escolares mato-grossenses a partir de estudo com amostragem representativa do estado.

Métodos

Trata-se de um estudo transversal com dados da PeNSE de 2019, a qual é realizada a cada três anos desde 2009 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em parceria com o Ministério da Saúde (MS). A pesquisa foi realizada por amostragem, utilizando como referência para a seleção o cadastro das escolas públicas e privadas do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP). O plano amostral foi em conglomerado em dois estágios, em que as escolas correspondem ao primeiro estágio e os alunos matriculados o segundo. Nas turmas selecionadas, todos os estudantes foram convidados a responder o questionário da pesquisa. Maiores detalhes da amostra podem ser encontrados na publicação dos inquéritos (IBGE, 2021).

Em 2019, o IBGE utilizou uma única amostra de estudantes de 13 a 17 anos de idade, de escolas públicas e privadas, para os seguintes níveis geográficos: Brasil, Grandes Regiões, Unidades da Federação, Municípios das Capitais e Distrito Federal. Nesse estudo foram avaliados 4.961 estudantes mato-grossenses de 13 a 17 anos de escolas públicas e privadas que responderam os

questionários autoaplicáveis inseridos em aparelhos smartphones (Personal Digital Assistant - PDA) durante o turno escolar do estudante (IBGE, 2021).

As variáveis dependentes desse estudo foram a experimentação e o uso de cigarro eletrônico nos últimos 30 dias. A experimentação foi avaliada pela pergunta “Alguma vez na vida você já experimentou cigarro eletrônico (e-cigarette)?”, com opções de resposta sim ou não. Para aqueles que responderam positivamente quanto a experimentação de algum produto de tabaco, foi questionado o uso nos últimos 30 dias por meio da questão “nos últimos 30 dias, qual(is) desses outros produtos do tabaco você usou?”, com opções de resposta: não usei nenhum desses outros produtos de tabaco nos últimos 30 dias; Narguilé (cachimbo de água); Cigarro eletrônico (e-cigarette); Cigarros de cravo (cigarros de Bali); Cigarros enrolados à mão (palha ou papel), Outros. Para avaliar o uso de cigarro eletrônico nos últimos 30 dias foi considerado a proporção que respondeu positivamente para a opção “Cigarro eletrônico (e-cigarette)”.

As características sociodemográficas consideradas foram: sexo (masculino ou feminino); faixa etária (< 15 anos, 15-17 anos e 18 anos ou mais); estrato socioeconômico (em tercil) calculada para a amostra nacional; dependência administrativa da escola (pública ou privada); turno de estudo (manhã, tarde, integral ou noite); cor da pele (branca, preta, amarela, parda ou indígena).

A variável do estrato socioeconômico foi construída a partir do relato de posse dos seguintes itens: carro, celular, computador, internet, motocicleta, banheiro com chuveiro em casa e presença de empregada doméstica três ou mais dias na semana. A cada item foi atribuído um peso, que foi o inverso da frequência de posse ou presença no total da amostra avaliada. A pontuação de cada adolescente foi obtida pela soma dos pesos dos itens individuais, que posteriormente foram divididos em três tercís (Martins *et al.*, 2019). Esse escore foi calculado para a amostra nacional, portanto, neste estudo não se mantém a proporcionalidade dos tercís.

Em relação às características de comportamento, foi analisado o uso de cigarro e consumo de bebida alcoólica, considerando esses consumos como pelo menos 1 dia nos últimos 30 dias. A autopercepção da imagem corporal foi avaliada por meio da questão “Como você se sente em relação ao seu corpo?”, com opções de resposta: Muito satisfeito, Satisfeito, Indiferente, Insatisfeito, e Muito insatisfeito. Para análise, a variável foi dicotomizada em Muito satisfeito/satisfeito e de indiferente a muito insatisfeito.

Foram ainda analisados fatores relacionados ao bem estar e exposição ao tabagismo no domicílio: ter amigos próximos (sim/não), violência familiar (ter sido agredido fisicamente por um adulto da família nos últimos 30 dias: sim/não), supervisão familiar (conhecimento dos pais ou responsáveis sobre realmente o que o escolar estava fazendo em seu tempo livre nos últimos 30 dias: sim/não), faltar às aulas (ter faltado à aula, sem permissão dos pais ou responsáveis, em um ou mais dias nos últimos 30 dias: sim/não), experimentação de drogas (uso de drogas ilícitas alguma vez na vida: sim/não), se morava com os pais (sim, apenas com a mãe, apenas com o pai ou nenhum dos dois). Pessoas que fumam na sua presença (ter pessoas que fumaram na presença nos últimos 7 dias: sim/não), ter pais ou responsáveis fumantes (ter pais ou responsáveis que fumam: sim/não).

Foram estimadas as prevalências (%) e seus respectivos valores de intervalo de confiança de 95% (IC 95%) para as variáveis dependente e independente acima descritas, considerando o modelo conceitual proposto por Malta *et al.* (2018).

Os estudantes que aceitaram participar da PeNSE 2019 assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que informava aos adolescentes sobre seu direito de recusa à participação ou resposta a qualquer questão da pesquisa, assim como à desistência em participar da pesquisa a qualquer momento (Oliveira *et al.*, 2017). A pesquisa foi aprovada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) em 08 de abril de 2019 (registro nº 3.249.268).

Resultados

A prevalência de experimentação e de uso de cigarro eletrônico nos últimos 30 dias foi de 16,5% (IC 95%: 13,9; 19,5) e 2,7% (IC 95%: 2,1; 3,5), respectivamente. Ambas as prevalências foram significativamente maiores entre adolescentes do sexo masculino e de idades mais elevadas. Observou-se também maior prevalência entre os pertencentes ao tercil socioeconômico mais elevado e entre os que não moravam com os pais, embora para este último fator a diferença tenha sido significativa apenas em relação ao uso recente. A prevalência de uso nos últimos 30 dias foi também significativamente maior entre os estudantes de escolas privadas (Tabela 1).

Ao considerar características comportamentais e de contexto familiar, verificou-se que adolescentes insatisfeitos com a autoimagem corporal, que não tinham amigos próximos, não recebiam supervisão dos pais, faltavam à escola sem autorização ou que sofreram agressão dos pais nos últimos 12 meses apresentaram maiores prevalências tanto de experimentação quanto de uso recente de cigarro eletrônico. Além disso, os desfechos foram significativamente mais prevalentes entre os adolescentes que fumavam cigarro convencional, consumiam bebidas alcoólicas ou que relataram já ter experimentado alguma droga. A exposição ao fumo, tanto pela presença de fumantes ao redor quanto pelo tabagismo dos pais ou responsáveis, também esteve associada a maiores prevalências de experimentação e uso do cigarro eletrônico (Tabela 2).

Tabela 1 - Experimentação e uso nos últimos 30 dias de cigarro eletrônico, segundo características sociodemográficas dos adolescentes matriculados em escolas. MT, 2019 (n = 4.961).

	%	Experimentação de cigarro eletrônico % (IC 95%)	Uso de cigarro eletrônico nos últimos 30 dias % (IC 95%)
Total		16,5 (13,9; 19,5)	2,7 (2,1; 3,5)
Sexo			
Masculino	48,7	20,3 (16,9; 24,3)	3,8 (2,7; 5,4)
Feminino	51,3	12,9 (10,7; 15,4)	1,7 (1,0; 2,7)
<i>p-valor</i>		<0,01	<0,01
Faixa etária			
Até 15 anos	69,1	12,8 (10,1; 16,0)	2,2 (1,5; 3,3)
16-17 anos	16,9	24,4 (20,9; 28,2)	3,7 (2,7; 5,0)
18 ou mais	4,0	27,8 (21,4; 35,3)	5,6 (2,9; 10,3)
<i>p-valor</i>		<0,01	0,02
Raça/cor			
Branca	29,6	14,7 (12,2; 17,5)	3,3 (2,1; 5,1)
Preta	14,1	18,3 (13,6; 24,1)	2,2 (0,9; 4,9)
Amarela	4,2	17,3 (10,6; 27,1)	5,0 (1,7; 13,7)
Parda	49,8	16,7 (13,3; 20,8)	2,4 (1,5; 3,7)
Indígena	2,4	23,3 (11,7; 41,1)	2,2 (0,9; 5,7)
<i>p-valor</i>		0,47	<0,46
Estrato socioeconômico			
1º Tercil	19,7	13,5 (9,5; 18,8)	2,6 (1,4; 4,8)
2º Tercil	28,7	13,9 (8,6; 13,9)	1,5 (0,9; 2,6)
3º Tercil	51,6	19,1 (16,0; 22,7)	3,5 (2,5; 4,8)
<i>p-valor</i>		<0,01	0,05
Morar com pai e/ou mãe			
Não	8,2	21,0 (15,7; 27,4)	6,6 (3,6; 12,1)
Sim	91,8	16,1 (13,3; 19,4)	2,4 (1,7; 3,3)
<i>p-valor</i>		0,15	<0,01
Dependência administrativa da escola			
Pública	90,2	16,3 (13,5; 19,6)	2,5 (1,9; 3,4)
Privada	9,8	18,6 (15,8; 21,6)	4,6 (3,5; 6,1)
<i>p-valor</i>		0,29	<0,01

Tabela 2 - Experimentação e uso nos últimos 30 dias de cigarro eletrônico, segundo características de comportamento e exposição. MT, 2019 (n = 4.961).

	%	Experimentação de cigarro eletrônico % (IC 95%)	Uso de cigarro eletrônico nos últimos 30 dias % (IC 95%)
Autoimagem corporal			
Muito Satisfeito/ Satisfeito	70,0	16,1 (13,0; 19,6)	2,6 (1,8; 3,6)
Indiferente-Muito insatisfeito	30,0	17,5 (14,4; 20,9)	3,1 (2,1; 4,7)
<i>p-valor</i>		0,50	0,49
Amigos próximos			
Pelo menos 1	96,4	16,5 (13,8; 19,5)	2,7 (2,0; 3,5)
Nenhum	3,6	18,6 (10,7; 30,4)	4,5 (1,2; 15,6)
<i>p-valor</i>		0,66	0,44
Supervisão dos pais			
Sim	85,9	15,2 (12,6; 18,1)	2,5 (1,8; 3,4)
Não	14,1	25,0 (18,9; 32,3)	4,4 (2,6; 7,4)
<i>p-valor</i>		<0,01	0,09
Faltar sem autorização dos pais			
Não	94,4	15,6 (13,4; 18,1)	2,4 (1,7; 3,3)
Sim	5,6	32,0 (21,9; 44,2)	8,5 (4,6; 15,3)
<i>p-valor</i>		<0,01	<0,01
Agressão dos pais nos últimos 12 meses			
Não	83,5	13,3 (12,6; 14,0)	1,8 (1,3; 2,6)
Sim	16,5	23,5 (18,6; 29,3)	7,1 (4,9; 10,3)
<i>p-valor</i>		<0,01	<0,01
Tabagismo			
Não	92,3	13,4 (11,3; 15,9)	1,9 (1,4; 2,7)
Sim	7,7	53,9 (43,6; 64,0)	12,3 (7,7; 19,1)
<i>p-valor</i>		<0,01	<0,01

Continua

Tabela 2 - Experimentação e uso nos últimos 30 dias de cigarro eletrônico, segundo características de comportamento e exposição. MT, 2019 (n = 4.961).

Continuação			
	%	Experimentação de cigarro eletrônico % (IC 95%)	Uso de cigarro eletrônico nos últimos 30 dias % (IC 95%)
Consumo de bebidas alcoólicas			
Não	72,1	9,8 (7,7; 12,3)	0,6 (0,3; 1,1)
Sim	27,9	37,1 (33,3; 41,0)	8,1 (6,2; 10,5)
<i>p-valor</i>		<0,01	<0,01
Experimentação de drogas			
Não	90,9	14,4 (12,3; 16,7)	2,0 (1,4; 2,9)
Sim	9,1	57,2 (46,7; 67,1)	10,1 (6,5; 15,3)
<i>p-valor</i>		<0,01	<0,01
Pessoas que fumaram na presença do adolescente			
Não	76,9	11,7 (9,3; 14,6)	2,3 (1,6; 3,2)
Sim	23,1	25,5 (21,3; 30,2)	4,2 (2,8; 6,2)
<i>p-valor</i>		<0,01	0,02
Pais ou responsáveis fumantes			
Não	80,8	12,2 (10,0; 14,8)	2,3 (1,6; 3,2)
Sim	19,2	26,8 (21,6; 32,7)	4,8 (3,3; 6,9)
<i>p-valor</i>		<0,01	<0,01

Discussão

Em Mato Grosso, em 2019, a prevalência de experimentação de cigarro eletrônico entre adolescentes escolares foi de 16,5% e o uso nos últimos 30 dias foi de 2,7%, sendo mais comum entre estudantes do sexo masculino, adolescentes mais velhos e com nível socioeconômico mais alto. Comportamentos e variáveis de contexto domiciliar se associaram tanto à experimentação, quanto

ao uso recente de dispositivo de fumar, destacando o consumo de drogas lícitas e exposição a pais e responsáveis fumantes. Destaca-se que Mato Grosso ocupou a segunda posição entre os estados brasileiros em prevalência de experimentação de cigarro eletrônico entre escolares, segundo dados da PeNSE 2019, sinalizando um cenário de atenção prioritária para políticas públicas no estado.

Apesar dos significativos avanços nas políticas de controle do tabaco no Brasil, como a adesão à Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco em 2006, a criação de ambientes livres de fumo e a proibição de propaganda e venda para menores de 18 anos, a crescente experimentação de cigarros eletrônicos entre adolescentes aponta para desafios regulatórios ainda não superados (Ribeiro *et al.*, 2020). Embora a regulamentação desses dispositivos pela Anvisa restrinja a comercialização e importação no país (Ministério da Saúde, 2009), não impede o acesso por vias informais e o consumo entre jovens, evidenciado pelos altos índices de experimentação reportados em estudos recentes (Malta *et al.*, 2022; Malta *et al.*, 2024).

A persistência do uso desses produtos, mesmo diante de uma legislação restritiva, reflete o impacto de estratégias de marketing digital e a falta de fiscalização efetiva, que fragilizam as políticas de proteção à saúde pública. Essa situação configura uma contradição entre a legislação avançada e a realidade do consumo entre adolescentes, evidenciando a necessidade de aprimorar as medidas regulatórias e fortalecer o monitoramento e as campanhas de conscientização sobre os riscos à saúde, especialmente entre populações mais jovens. No contexto de Mato Grosso, os dados reforçam a urgência de estratégias educativas regionais, com foco na regulação, prevenção e conscientização, especialmente em ambientes escolares.

A maior prevalência tanto da experimentação quanto do uso nos últimos 30 dias maior entre os estudantes do sexo masculino segue a mesma tendência observada em estudos com as edições anteriores da PeNSE no território nacional, quando analisado de maneira geral os outros produtos do tabaco como cigarros

enrolados à mão, cigarrilhas, narguilé, tabaco aspirado e tabaco mascado (Barreto *et al.*, 2014; Hallal *et al.*, 2017; Malta *et al.*, 2022; Malta *et al.*, 2024).

Especificamente para cigarro eletrônico, semelhante ao presente estudo, Malta *et al.* (2022) verificaram maior prevalência de experimentação e uso recente entre adolescentes mais velhos (16 a 17 anos). Tal resultado podem ser atribuídos à crescente atratividade dos dispositivos eletrônicos e às estratégias de marketing utilizadas pela indústria, especialmente por meio de redes sociais, que frequentemente promove produtos voltados para jovens neste recorte etário com aparência moderna e sabores agradáveis, facilitando a iniciação e aceitação do uso (Malta *et al.*, 2022; Engel *et al.*, 2024).

A associação entre maior nível socioeconômico e experimentação de cigarro eletrônico e outros produtos de tabaco também foi descrita em outros estudos. No Brasil, o estudo de Hallal *et al.* (2017) encontrou que os escolares com melhores condições socioeconômicas, que frequentam escolas privadas e que possuem pais fumantes têm maior probabilidade de usar cigarros eletrônicos e outros produtos de tabaco (Hallal *et al.*, 2017). Essa associação pode ser explicada pelo acesso mais facilitado e pelo papel da família e amigos na aceitação do comportamento, como as hipóteses levantadas por Malta *et al.* (2022) de que em regiões e populações de alto poder aquisitivo, os adolescentes têm maior acesso a produtos mais caros, como o cigarro eletrônico.

No contexto familiar, não morar com os pais, a falta de supervisão parental e o relato de agressão parental também foram associados ao uso de cigarros eletrônicos. A ausência de monitoramento por parte dos pais e a convivência em um ambiente familiar permissivo podem aumentar a vulnerabilidade dos adolescentes à experimentação e ao uso de substâncias. A supervisão parental é um fator protetor importante contra o uso de substâncias na adolescência, indicando que um ambiente familiar mais estruturado e com diálogo pode reduzir as chances de

experimentação e uso regular de tabaco e seus derivados (Malta *et al.*, 2014; Hallal *et al.*, 2017; Malta *et al.*, 2018).

Apesar de não ser possível assegurar a temporalidade das associações, dado o delineamento transversal do estudo, destaca-se a associação da experimentação e do uso de cigarros eletrônicos com outras drogas lícitas, como cigarro convencional e bebidas alcoólicas, e drogas ilícitas. Pode-se reforçar a hipótese de que o cigarro eletrônico atue como porta de entrada para outros comportamentos de risco. Estudos anteriores já indicaram que adolescentes que usam cigarro eletrônico têm maior probabilidade de experimentar outras substâncias psicoativas (Uddin *et al.*, 2020; Souza *et al.*, 2024). Além disso, presume-se que a relação inversa também pode ser verdadeira, adolescentes que apresentam tais comportamentos poderiam aderir à experimentação e ao uso de cigarros eletrônicos mais facilmente do que aqueles que não apresentam nenhum destes comportamentos de risco a saúde. Isso sugere a necessidade de estratégias de prevenção que abordem de maneira integrada o uso de múltiplas substâncias.

O principal ponto forte deste estudo é a utilização de uma base de dados representativa de Mato Grosso, permitindo a generalização dos resultados para os adolescentes que frequentam a escola no estado. A PeNSE abrangeu um número significativo de estudantes e incluiu ampla variedade de indicadores sociodemográficos e comportamentais, o que possibilitou analisar detalhadamente os fatores associados à experimentação e ao uso de cigarros eletrônicos. Além disso, a aplicação de métodos estatísticos robustos e a utilização de modelo ajustado para múltiplos fatores de confusão conferem maior rigor à identificação das associações, proporcionando um panorama abrangente e atualizado do uso de dispositivos eletrônicos para fumar entre adolescentes no Brasil.

Como limitações, destaca-se que o uso de dados autorrelatados pode resultar em viés de memória ou subestimação do consumo de substâncias por adolescentes. Outra limitação refere-se à exclusão de adolescentes que não frequentam a escola,

os quais podem apresentar comportamentos de maior risco e que não foram contemplados na amostra.

Conclui-se que, apesar dos esforços regulatórios para controle do tabaco e dispositivos eletrônicos para fumar no Brasil, a prevalência de experimentação e uso de cigarros eletrônicos entre adolescentes ainda é preocupante. Fatores como idade, sexo, nível socioeconômico e contexto familiar mostram-se associados ao uso desses produtos, indicando a necessidade de ações mais eficazes de fiscalização e campanhas educativas focadas em grupos de maior vulnerabilidade. Fortalecer a aplicação das políticas públicas existentes e promover intervenções educativas em escolas e comunidades são estratégias essenciais para enfrentar a crescente adesão de jovens ao uso de cigarros eletrônicos e, assim, contribuir para a proteção da saúde dos adolescentes brasileiros.

Diante dos resultados, destaca-se que, apesar da legislação vigente e das iniciativas para o controle do tabagismo no Brasil, a experimentação e o uso de cigarros eletrônicos entre adolescentes representam importante desafio para a saúde pública. Este estudo reforça a necessidade de políticas de saúde mais integradas e estratégias educativas que considerem as características sociodemográficas e comportamentais específicas desse grupo populacional, a fim de minimizar os riscos à saúde e reduzir a experimentação de produtos potencialmente nocivos.

Referências

- ASSIS, R. L. A.; JUNHO, B. T.; CAMPOS, V. R. Menor performance das funções executivas prediz maior consumo de álcool e tabaco em adolescentes. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 68, n. 3, p. 146–152, 2019.
- BARRETO, S. M. *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, supl. 1, p. 1–3, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_obesidade_cab38.pdf. Acesso em: 01 abr. 2024.

CARVALHO, J. C. *et al.* Proibição dos dispositivos eletrônicos para fumar: uma análise crítica da regulamentação brasileira. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, n. 7, e00233421, 2022.

ENGEL, E. *et al.* Social media influencers and adolescents' health: A scoping review of the research field. **Social Science & Medicine**, v. 340, 116387, jan. 2024. DOI: 10.1016/j.socscimed.2023.116387.

GONÇALVES, L. *et al.* Body Weight Dissatisfaction and Health Risk Behaviors in Adolescents. **Perceptual and Motor Skills**, v. 130, n. 1, p. 340–363, 2023.

GORIOUNOVA, N. A.; MANSVELDER, H. D. Short- and long-term consequences of nicotine exposure during adolescence for prefrontal cortex neuronal network function. **Cold Spring Harbor Perspectives in Medicine**, v. 2, n. 12, a012120, 2012.

HAUSER, T. U. *et al.* Cognitive flexibility in adolescence: neural and behavioral mechanisms of reward prediction error processing in adaptive decision making during development. **NeuroImage**, v. 104, p. 347–354, 2015.

HALLAL, A. L. L. C. *et al.* Uso de outros produtos do tabaco entre escolares brasileiros (PeNSE 2012). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, supl. 3, e00137215, 2017.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar – PeNSE 2019: Resultados**. Rio de Janeiro: IBGE, 2021. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br>.

KILIBARDA, B. *et al.* Smoking as a weight control strategy of Serbian adolescents. **International Journal of Public Health**, v. 65, n. 8, p. 1319–1329, 2020.

MALTA, D. C. *et al.* Família e proteção ao uso de tabaco, álcool e drogas em adolescentes: Pesquisa Nacional de Saúde dos Escolares. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 14, p. 166–177, 2011.

MALTA, D. C. *et al.* Uso de substâncias psicoativas em adolescentes brasileiros e fatores associados: Pesquisa Nacional de Saúde dos Escolares, 2015. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 21, e180004, 2018.

MALTA, D. C. *et al.* O uso de cigarro, narguilé, cigarro eletrônico e outros indicadores do tabaco entre escolares brasileiros: dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2019. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 25, e220014, 2022.

MALTA, D. C. *et al.* Mudanças no uso do tabaco entre adolescentes brasileiros e fatores associados: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 29, n. 9, e08252023, 2024.

MARTINS, A. P. B.; *et al.* Indicador de posição socioeconômica para adolescentes brasileiros. **Revista de Saúde Pública**, v. 53, p. 1–10, 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 46, de 28 de agosto de 2009. Disponível em: https://antigo.anvisa.gov.br/documents/10181/2718376/RDC_46_2009_COMP.pdf. Acesso em: 01 abr. 2024.

OLIVEIRA, M. M.; CAMPOS, M. O.; ANDRADE, S. S. C. A.; *et al.* Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2015: resultados e percepção dos adolescentes. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 20, supl. 1, p. 4–17, 2017.

RIBEIRO, S. C. *et al.* O consumo de derivados do tabaco por adolescentes: revisão integrativa da literatura. **Saúde Coletiva** (Barueri), v. 9, n. 51, p. 2005–2012, 2020.

SOUZA, M. G. M. *et al.* Fatores associados ao policonsumo de álcool, tabaco e drogas ilícitas: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2019. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 29, n. 5, e06882023, 2024.

USDHHS – U.S. Department of Health and Human Services. **Preventing Tobacco Use Among Young People: A Report of the Surgeon General**. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 1994.

WHO – World Health Organization. **Adolescent and young adult health**. Genebra: World Health Organization, 2023. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-health>. Acesso em: 01 abr. 2024.

WHO - World Health Organization. Adolescent health. WHO, 2021. Disponível em: https://www.who.int/topics/adolescent_health/es/

Capítulo 16

Violência contra crianças e adolescentes em Mato Grosso, 2013 a 2019

Silvana Maria da Silva
Amanda Cristina Souza Andrade
Emanuelly Amanda Souza de Sá
Ligia Regina de Oliveira

Introdução

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a violência como o uso intencional da força ou do poder que resulte, ou tenha grande probabilidade de resultar, em dano físico, psicológico, morte ou privação (OMS, 2002). Estima-se que cerca de 1 bilhão de crianças e adolescentes de 2 a 17 anos sofram algum tipo de violência a cada ano (WHO, 2020). Segundo o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), 1 em cada 5 meninas e 1 em cada 13 meninos são vítimas de abuso sexual, e cerca de 300 milhões de crianças pequenas sofrem punição física ou agressões psicológicas regularmente (UNICEF, 2020).

No Brasil, desde a década de 1980, a violência passou a ser reconhecida também como um problema de saúde pública (Minayo; Souza, 2003). Mais recentemente, as violências foram incorporadas à lista de doenças e agravos de notificação compulsória, tendo seu registro no Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) que visa subsidiar políticas públicas e promover a cultura de paz (Brasil, 2017). O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) tornou obrigatória a notificação de maus-tratos por profissionais da saúde, sob pena de punição (Brasil, 1990).

Com o fortalecimento das políticas públicas, a notificação da violência contra crianças e adolescentes tem sido objeto de estudos

que revelam padrões importantes no país (Pereira *et al.*, 2020; Sartori *et al.*, 2023; Wanzinack; Mélo, 2025; Malta *et al.*, 2025). Estudo de revisão sistemática que analisou estudos publicados sobre violência contra crianças e adolescentes no Brasil, de 2018 a 2022, identificou desigualdades étnico-raciais e de gênero, além da relevância do ambiente familiar para a ocorrência de violência (Wanzinack; Mélo, 2025).

Entre 2011 e 2019, observou-se um crescimento significativo nas notificações de violências física, sexual, psicológica e por negligência contra crianças, com destaque para as regiões Nordeste e Sudeste do país, embora se reconheçam desigualdades regionais persistentes na vigilância e na capacidade de resposta dos serviços (Sartori *et al.*, 2023). Estudo nacional identificou que fatores como a gravidade da violência, sua repetição, o local de ocorrência (geralmente o domicílio) e o vínculo da vítima com o agressor (em geral, pessoas próximas) estão associados à maior chance de notificação dos casos, especialmente na infância (Malta *et al.*, 2025). Além disso, entre adolescentes, as notificações mais frequentes referem-se à violência física, com maior ocorrência entre meninas, especialmente de violência sexual, evidenciando a interseção entre faixa etária, gênero e tipo de violência (Pereira *et al.*, 2020).

Apesar do crescimento das pesquisas sobre o tema, em Mato Grosso ainda são escassas as investigações sobre a magnitude da violência não fatal em crianças e adolescentes (Assembleia Legislativa do Estado de Mato Grosso, 2008; Sousa *et al.*, 2019; Santos, 2021; Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2022). Assim, este estudo visa descrever os casos notificados de violência interpessoal contra crianças e adolescentes em Mato Grosso entre 2013 e 2019.

Métodos

Trata-se de um estudo descritivo com dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), referente aos registros de violência interpessoal ocorridos entre 2013 e 2019 em

crianças e adolescentes de 0 a 19 anos. O cenário da pesquisa foi o estado de Mato Grosso, localizado na Região Centro-Oeste do Brasil, com população estimada em 3,4 milhões de habitantes e IDH de 0,774 (IBGE, 2019).

As variáveis analisadas incluíram: a) características sociodemográficas (sexo, faixa etária, raça/cor da pele, escolaridade, situação conjugal e deficiência/transtorno); b) características da violência (local de ocorrência, tipo de violência e recorrência); c) características do provável agressor (sexo do agressor, faixa etária do agressor, número de envolvidos, vínculo com a vítima); d) características do meio de agressão (força corporal, enforcamento, objeto contundente, objeto perfurocortante, objeto/ substância quente, envenenamento, arma de fogo, ameaça e outros meios).

A análise foi estratificada por faixa etária (crianças de 0 a 9 anos e adolescentes de 10 a 19 anos). Foi realizada análise descritiva por meio de frequências absolutas e relativas. Para a comparação entre os dois grupos etários foi utilizado o teste Qui-Quadrado de Pearson. Os dados foram organizados no Microsoft Excel e exportados para o *Software* Stata versão 12. Foi adotado um nível de significância de 5%.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Mato Grosso (CAAE nº 30260420.9.0000.8124).

Resultados

Entre 2013 e 2019, foram notificados 5.742 casos de violência contra crianças e adolescentes em Mato Grosso, sendo 1.883 entre crianças e 3.859 entre adolescentes. A maioria das vítimas era do sexo feminino (68,0% crianças e 72,9% adolescentes) e de raça/cor da pele preta/parda (67,3% crianças e 73,2% adolescentes). Observou-se que 88,5% dos adolescentes não tinham parceiro e 67,8% eram analfabetos ou possuíam apenas o ensino fundamental. Além disso, 3,8% das crianças e 4,8% dos adolescentes apresentavam deficiência ou transtorno. Foi verificada diferença significativa entre as faixas etárias, para sexo feminino e raça/cor

da pele preta/parda, com maior frequência entre os adolescentes (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição de frequência (número e %) das características sociodemográficas dos casos notificados de violência contra crianças e adolescentes. Mato Grosso, 2013 a 2019.

Características sociodemográficas	Criança		Adolescente		p-valor
	N	%	n	%	
Sexo	1.883		3.859		
Feminino	1.281	68,0	2.812	72,9	<0,001
Masculino	602	32,0	1.047	27,1	
Raça/ cor da pele	1.793		3.666		
Preta/parda	1.207	67,3	2.682	73,2	<0,001
Indígena	45	2,5	69	1,9	
Branca/Amarela	541	30,2	915	25,0	
Escolaridade			3.077		-
Analfabetismo/ Ens. Fundamental	-	-	2.085	67,8	-
Ensino médio/ Ens. superior	-	-	992	32,2	
Situação conjugal			3.333		
Casado/União estável	-	-	383	11,5	-
Sem parceiro	-	-	2.950	88,5	
Deficiência/transtorno	1.649		3.465		
Sim	62	3,8	168	4,8	0,079
Não	1.587	96,2	3.297	95,1	

A maioria das violências cometidas contra crianças ocorreu na residência (77,9% em crianças e 59,1% em adolescentes) e os tipos mais frequentes foram a física (43,3% em crianças e 62,1% em adolescentes) e sexual (62,2% em crianças e 46,3% em adolescentes). A recorrência da violência ocorreu em 49,0% das crianças e 42,9% dos adolescentes (Tabela 2).

Ao comparar as faixas etárias, a residência foi o principal local de ocorrência para as crianças, enquanto o bar ou similar ou a via pública foi para os adolescentes. Em relação ao tipo de violência, a violência sexual, negligência/ abandono foram mais frequentes

entre as crianças em comparação aos adolescentes. Enquanto que a violência psicológica não diferiu entre os grupos de faixa etária (33,5% crianças e 31,1% adolescentes). No que se refere à recorrência da violência, verificou-se maior frequência entre as crianças (49,0%), em comparação com os adolescentes (42,9%) (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição de frequência (número e %) das características da violência dos casos notificados de violência contra crianças e adolescentes. Mato Grosso, 2013 a 2019.

Características da violência	Criança		Adolescente		p-valor
	n	%	n	%	
Local de ocorrência	1.655		3.565		<0,001
Residência	1.289	77,9	2.108	59,1	
Bar ou similar	16	1,0	122	3,4	
Escola/ Local de prática esportiva	93	5,6	176	4,9	
Via pública	89	5,4	694	19,5	
Outros locais ¹	168	10,2	465	13,0	
Tipo da violência					
Física	1.784		3.795		<0,001
Sim	773	43,3	2.358	62,1	
Não	1.011	56,7	1.437	37,9	
Psicologia/moral	1.749		3.694		0,073
Sim	586	33,5	1.148	31,1	
Não	1.163	66,5	2.546	68,9	
Sexual	1.763		3.738		<0,001
Sim	1.097	62,2	1.732	46,3	
Não	666	37,8	2.006	53,7	
Negligência/abandono	1.769		3.709		<0,001
Sim	199	11,2	101	2,7	
Não	1.570	88,8	3.608	97,3	
Recorrência	1.360		3.190		<0,001
Sim	667	49,0	1.370	42,9	
Não	693	51,0	1.823	57,1	

¹ incluso habitação coletiva, comércio, indústria e outro.

Para ambos os grupos, a maior parte dos agressores era do sexo masculino (77,8% crianças e 87,6% adolescentes), na faixa etária de 25 a 59 anos (59,4% crianças e 47,7% adolescentes), e a violência foi cometida por um único agressor (80,3% crianças e 76,4% adolescentes). Foi observada diferença significativa entre os grupos para agressor na faixa etária de 25 a 59 anos, com maior frequência entre crianças, e para agressor do sexo masculino e dois ou mais agressores, com maior frequência entre os adolescentes. Entre as crianças, os agressores eram em maior frequência familiares (42,1%) e amigos/conhecidos (36,5%), enquanto entre os adolescentes, eram amigos/conhecidos (33,8%), parceiros íntimos (19,6%) e outros vínculos (24,7%) (Tabela 3).

Os principais meios de agressão foram a força corporal (35,6% crianças e 48,0% adolescentes) e ameaça (24,0% crianças e 25,2% adolescentes). Ao comparar as faixas etárias, o objeto/ substância quente e outros meios foi mais frequente entre as crianças, enquanto entre os adolescentes foi mais frequente a força corporal, objeto perfurocortante, arma de fogo e enforcamento (Tabela 4).

Tabela 3 - Distribuição de frequência (número e %) das características do provável agressor dos casos notificados de violência contra crianças e adolescentes. Mato Grosso, 2013 a 2019.

Características do provável agressor	Criança		Adolescente		p-valor
	n	%	n	%	
Sexo do agressor	1.625		3.618		
Feminino	279	17,2	370	10,2	
Masculino	1.265	77,8	3.168	87,6	<0,001
Ambos	81	5,0	80	2,2	
Faixa etária do agressor	1.207		2.519		
0 a 9 anos	146	12,1	28	1,1	
10 a 19 anos	170	14,1	669	26,6	
20 a 24 anos	128	10,6	573	22,7	<0,001
25 a 59 anos	717	59,4	1.201	47,7	
60 anos ou mais	46	3,8	48	1,9	
Número de envolvidos	1.598		3.600		
Um	1.282	80,3	2.687	76,4	<0,001
Dois ou mais	316	19,8	913	25,4	
Vínculo com a vítima ¹					
Familiares	1.883		3.859		
Sim	792	42,1	715	18,5	<0,001
Não	1.091	57,9	3.144	81,5	
Amigos/conhecidos	1.883		3.859		
Sim	688	36,5	1.304	33,8	0,040
Não	1.195	63,5	2.555	66,2	
Parceiros íntimos	1.883		3.859		
Sim	40	2,1	755	19,6	<0,001
Não	1.843	97,9	3.104	80,4	
Outros	1.883		3.859		
Sim	206	10,9	952	24,7	<0,001
Não	1.677	89,1	2.907	75,3	

¹ familiares incluiu pai, mãe, padrasto, madrastra, irmão(ã) e filho(a); amigos/conhecidos incluiu amigos/conhecidos, cuidadores, patrão/chefe; parceiros íntimos incluiu cônjuge, ex-cônjuge, namorado(a) e ex-namorado(a); outros inclui desconhecidos, polícia, institucional, outros.

Tabela 4 - Distribuição de frequência (número e %) do meio de agressão dos casos notificados de violência contra crianças e adolescentes. Mato Grosso, 2013 a 2019.

Meio de agressão	Criança		Adolescente		p-valor
	n	%	n	%	
Força corporal	1.692		3.680		
Sim	603	35,6	1.765	48,0	<0,001
Não	1.089	64,6	1.915	52,0	
Ameaça	1.659		3.632		
Sim	398	24,0	914	25,2	0,359
Não	1.261	76,0	2.718	74,8	
Objeto perfurocortante	1.679		3.658		
Sim	55	3,3	414	11,3	<0,001
Não	1.624	96,7	3.244	88,7	
Objeto contundente	1.677		3.634		
Sim	62	3,7	161	4,4	0,216
Não	1.615	96,3	3.473	95,6	
Objeto/ substância quente	1.692		3.642		
Sim	38	2,2	17	0,5	<0,001
Não	1.654	97,8	3.625	99,5	
Envenenamento	1.688		3.638		
Sim	17	1,0	37	1,0	0,973
Não	1.671	99,0	3.601	99,0	
Arma de Fogo	1.677		3.656		
Sim	25	1,5	426	11,7	<0,001
Não	1.652	98,5	3.230	88,3	
Enforcamento	1.680		3.643		
Sim	23	1,4	152	4,2	<0,001
Não	1.657	98,6	3.491	95,8	
Outros meios	1.604		3.485		
Sim	331	20,6	304	8,7	<0,001
Não	1.273	79,4	3.181	91,3	

Discussão

Este estudo descreveu os casos notificados de violência contra crianças e adolescentes em Mato Grosso entre 2013 e 2019, evidenciando diferenças significativas entre as faixas etárias. Foram registrados 5.742 casos, sendo a maioria das vítimas do sexo

feminino e de raça/cor preta ou parda. A violência ocorreu, principalmente, na residência das vítimas, com predomínio das agressões físicas e sexuais. Entre as crianças, a violência sexual foi mais prevalente, enquanto os adolescentes foram mais afetados por violência física. A violência psicológica apresentou proporções semelhantes entre os grupos. A recorrência da violência foi mais frequente entre crianças. Os agressores, em sua maioria, eram homens adultos, conhecidos ou familiares das vítimas. O meio mais utilizado nas agressões foi a força corporal, especialmente entre adolescentes, seguidos de ameaças e uso de objetos perfurocortantes. Esses achados revelam a gravidade e complexidade da violência infantojuvenil e a necessidade de abordagens específicas para sua prevenção e enfrentamento.

Esses resultados corroboram achados anteriores, como os de Araujo *et al.* (2019), Miranda *et al.* (2020) e Oliveira (2020), que identificaram o domicílio como principal local das agressões, geralmente cometidas por pessoas do convívio da vítima. Esse cenário desconstrói a concepção do lar como espaço seguro e reforça a violência como um fenômeno relacional, muitas vezes invisibilizado por ocorrer em ambientes considerados de proteção. As violências causam sérios danos físicos, emocionais e mentais (Ragozzino *et al.*, 2022), e, quando não enfrentadas adequadamente, perpetuam um ciclo intergeracional no qual vítimas podem se tornar futuros agressores.

Estudo realizado por Oliveira (2020), em Manaus, com indivíduos de 0 a 19 anos entre 2009 e 2016, também identificou o predomínio de vítimas do sexo feminino (87,4%) e de cor parda (70,2%), com a residência como principal local da agressão (60,1%). Esses dados evidenciam a persistência da violência de gênero desde a infância, reflexo de estruturas patriarcais enraizadas, que dificultam a busca por ajuda e naturalizam práticas violentas contra meninas (Ragozzino *et al.*, 2022).

Os achados também se aproximam de dados nacionais divulgados pelo Conselho Nacional de Justiça (2022), que apontam o espancamento como a principal forma de agressão física e a

ameaça como forma recorrente de violência psicológica. Em Mato Grosso, verificou-se que a força corporal/espancamento foi o principal meio utilizado nas agressões contra adolescentes, enquanto a ameaça teve destaque entre as formas de violência psicológica. Apesar da maioria das vítimas registradas neste estudo ser do sexo feminino, o CNJ destaca que as mortes violentas atingem majoritariamente meninos, indicando que os meninos, embora menos frequentemente notificados, estão mais expostos a formas letais de violência. Tal disparidade exige políticas públicas que considerem as especificidades de gênero e faixa etária no enfrentamento da violência.

Quanto à escolaridade, a Lei nº 12.796/2013 estabelece a obrigatoriedade da matrícula escolar dos 4 aos 17 anos, o que pressupõe que a maioria das crianças e adolescentes esteja inserida no sistema educacional (Brasil, 2013). Isso confere à escola um papel estratégico não apenas na formação pedagógica, mas também na identificação precoce e na notificação de situações de violência. Neste estudo, a maioria das notificações ocorreu entre adolescentes de 14 a 17 anos, etapa correspondente ao ensino médio, sugerindo maior exposição à violência com o avanço da idade. No entanto, o número de notificações entre crianças de 4 a 5 anos também chama atenção, possivelmente refletindo maior vigilância por parte de educadores da educação infantil ou atuação mais próxima dos serviços de saúde voltados à primeira infância.

A escola, como segundo espaço social de convivência infantil, exerce função central na detecção da violência (Ferreira, 2019). Esse papel torna-se ainda mais relevante quando se considera que, na maioria dos casos, os agressores são pessoas próximas da vítima, o que dificulta a revelação espontânea dos episódios de violência. O estudo de Araujo *et al.* (2019), realizado no Paraná entre 2011 e 2014, identificou que os principais agressores eram amigos, pais e padrastos, sendo a categoria “outros” (31,1%) predominante, seguida por amigos/conhecidos (18,3%) e pais (17,8%). A mãe também aparece como figura agressora em algumas situações, devido à convivência direta e contínua com a vítima.

A literatura aponta que a proximidade do agressor favorece à revitimização e à cronicidade da violência, dificultando sua identificação e responsabilização. Fatores como a naturalização da violência no seio familiar, o medo da denúncia e a ausência de punições efetivas reforçam esse ciclo (Miranda *et al.*, 2020; Ragozzino *et al.*, 2022).

Uma limitação importante deste estudo é a subnotificação, frequente em casos de violência infantojuvenil. O silêncio pode decorrer do medo da vítima, da omissão dos familiares ou da falta de preparo dos profissionais para lidar com o tema. Essa subnotificação compromete a visibilidade do fenômeno e dificulta a formulação de políticas públicas eficazes. A notificação, portanto, deve ser compreendida como uma ferramenta de vigilância em saúde, fundamental para fortalecer a rede de proteção social e garantir o atendimento integral às vítimas. Todos os profissionais que atuam com crianças e adolescentes, em especial nas áreas da saúde e da educação, têm papel decisivo no enfrentamento desse grave problema de saúde pública.

Conclusão

A violência permanece como um tabu, sustentado por construções socioculturais, o que dificulta seu enfrentamento. Este estudo contribui para a vigilância em saúde ao fornecer subsídios sobre a violência enquanto problema de saúde pública. É urgente ampliar o debate social e reconhecer crianças e adolescentes como sujeitos de direitos. Para isso, é essencial garantir a efetividade das políticas públicas voltadas à infância e adolescência.

Referências

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE MATO GROSSO. Relatório mostra índices da violência infanto-juvenil em MT. Cuiabá, 2008.

ARAUJO, G. *et al.* Determinantes da violência sexual infantil no estado do Paraná – Brasil. **Rev. Espaço para a Saúde**, v. 20, n. 2, p. 42-54, 2019.

BRASIL. Lei nº 12.796, de 4 de abril de 2013. Altera a Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, para dispor sobre a formação dos profissionais da educação e dar outras providências.

BRASIL. Lei nº 8069, de 13 de julho de 1990 que institui o Estatuto da Criança e do Adolescente. **Diário Oficial da União**, 16 jul. 1990. Retificado em 27 set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm. Acesso em: 13 mai. 2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Viva: Vigilância de Violências e Acidentes: 2013 e 2014. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_vigilancia_violencia_acidentes_2013_2014.pdf. Acesso em: 18 jun. 2019.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Fórum Nacional da Infância e Juventude. Me proteja: campanha de enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes. Brasília: CNJ, 2022. 39 p. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2022/01/me-proteja-campanha-contraviolencia-infantojuvenil-foninj-unesf.pdf>. Acesso em: 2 ago. 2024.

FERREIRA, C. L. S. *et al.* Promoção dos direitos da criança e prevenção de maus tratos infantis. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 24, n. 11, p. 3997-4008, 2019.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. Anuário brasileiro de segurança pública, 15. ed. São Paulo: FBSP, 2022.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde, 2019. [Internet]. Disponível em: <https://>

biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98881.pdf. Acesso em: 26 ago. 2019.

MALTA, D. C. *et al.* Fatores associados à notificação de violência na infância no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 30, n. 2, e00572024, 2025.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. (Orgs.). **Violência sob o olhar da saúde**: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

MIRANDA, M. H. H. *et al.* Violência sexual contra crianças e adolescentes: uma análise da prevalência e fatores associados. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 54, e03633, 2020.

OLIVEIRA, N. F. *et al.* Violência contra crianças e adolescentes em Manaus, Amazonas: estudo descritivo dos casos e análise da completude das fichas de notificação, 2009-2016. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 29, n. 1, e2018438, 2020.

OMS - Organização Mundial da Saúde. Relatório mundial sobre violência e saúde. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2002.

PEREIRA, V. O. M. *et al.* Violências contra adolescentes: análise das notificações realizadas no setor saúde, Brasil, 2011–2017. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 23, Suppl 01, e200004, 2020.

RAGOZZINO, L. C. *et al.* Caracterização da violência contra crianças e adolescentes. *Unesp Marília*, v. 8, n. 1, p. 129-148, 2022.

SANTOS, V. S. dos. Protocolo integrado de atendimento a crianças e adolescentes vítimas ou testemunhas de violência em Mato Grosso. Secretaria de Estado de Educação de Mato Grosso, 2021.

SARTORI, L. R. M. *et al.* Notifications of physical, sexual and emotional violence and neglect against children in Brazil, 2011-2019: an ecological time-series study. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 32, n. 3, e2023246, 2023.

SOUZA, G. C. F. de; ARRUDA, K. P. R. de; SANTOS, A. C. A. Violência contra crianças e adolescentes nos maiores municípios

de Mato Grosso. Várzea Grande: Repositório Digital da Univag, 2019. Disponível em: <https://www.repositoriodigital.univag.com.br/index.php/biomedicina/article/download/644/641/0>. Acesso em: 12 maio 2025.

SOUZA, E. R. *et al.* Morbimortalidade por causas violentas no Brasil, 1999. FIOCRUZ, 2001.

UNICEF. Child Protection from Violence, Exploitation and Abuse. [Internet]. 2020. Disponível em: <https://www.unicef.org/protection/violence-against-children>. Acesso em: 2 ago. 2024.

WANZINACK, C.; MÉLO, T. R.. Unraveling the reality of interpersonal violence against children and adolescents in Brazil: a systematic review. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 41, n. 2, p. e00145924, 2025.

WHO - World Health Organization. Violence against children. [Internet]. 2020. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-children>. Acesso em: 2 ago. 2024.

Capítulo 17

Prevalência de transtornos psiquiátricos menores e fatores associados entre estudantes adolescentes em Cuiabá (MT)

Luciana Cristina Ghisi

Juliana Ilídio da Silva

Amanda Cristina de Souza Andrade

Delma Perpétua Oliveira de Souza (*in memoriam*)

Introdução

A adolescência é uma fase crucial de transição para a vida adulta, durante a qual os indivíduos passam por mudanças significativas em termos de identidade, autonomia e responsabilidades. Além disso, essa etapa da vida é caracterizada por significativas transformações biológicas, psicológicas e socioculturais. Nesse período, os adolescentes enfrentam diversos conflitos, manifestos com comportamentos agressivos, uso de substâncias psicoativas, baixo rendimento escolar e insatisfação nas relações familiares e sociais. Também é uma época marcada por um aumento da pressão acadêmica e social, o que pode exacerbar os desafios relacionados à saúde mental (WHO, 2021).

Entender esses aspectos é essencial para desenvolver intervenções que apoiem os adolescentes nessa transição e promovam seu desenvolvimento saudável. Nesse sentido, estudos anteriores destacam a importância de investigar a saúde mental dos adolescentes e os fatores associados, dada a relevância dessa fase para o desenvolvimento integral do indivíduo (Monteiro *et al.*, 2011). Os fatores contextuais devem ser levados em consideração ao desenvolver estratégias de intervenção para a saúde mental dos jovens, que tem sido uma preocupação crescente, considerando que

os transtornos psiquiátricos nessa fase podem ter impactos significativos na vida adulta.

Estudos indicam que a prevalência de transtornos mentais entre adolescentes é alta, e muitos desses transtornos começam a se manifestar nessa fase da vida (Patel *et al.*, 2007). Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), até 50% dos transtornos mentais começam antes dos 14 anos e 75% até os 24 anos, ressaltando a necessidade de intervenções precoces (WHO, 2021).

Esses transtornos podem afetar diversos aspectos da vida dos adolescentes, incluindo o desempenho escolar, as relações interpessoais e a qualidade de vida em geral. Além disso, a falta de tratamento adequado pode levar ao agravamento dos sintomas e ao desenvolvimento de outras condições de saúde mental na vida adulta (Kessler *et al.*, 2005). Fatores de risco psicossociais, como violência, abuso, negligência, e estressores socioeconômicos, desempenham um papel crucial na trajetória da saúde mental dos adolescentes (Fatori *et al.*, 2013).

Estudos longitudinais têm demonstrado a influência significativa de fatores psicossociais na trajetória dos problemas de saúde mental desde a infância até a adolescência (Fatori *et al.*, 2013). A exposição a estresses psicológicos na infância pode aumentar a suscetibilidade a doenças crônicas na vida adulta, evidenciando a importância de intervenções precoces e eficazes para mitigar esses riscos (Miller; Chen; Parker, 2011). No Brasil, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do Sistema Único de Saúde (SUS) oferece um modelo de cuidado integral e contínuo para a saúde mental, que inclui a atenção a crianças e adolescentes (Brasil, 2012; Teles *et al.*, 2024). A Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) também desenvolveu diretrizes para um modelo de cuidado específico para essa faixa etária, enfatizando a importância de intervenções baseadas em evidências e adaptadas às necessidades individuais (Associação Brasileira de Psiquiatria, 2020).

Nesse contexto, o estudo realizado investigou a prevalência de Transtornos Psiquiátricos Menores (TPM) entre adolescentes da rede estadual de ensino de Cuiabá, Mato Grosso, Brasil e buscou

identificar os fatores associados a esses transtornos. A análise abrangeu as variáveis sociodemográficas, familiares e escolares, o uso de substâncias psicoativas, o alcoolismo e a violência, procurando fornecer uma compreensão abrangente dos determinantes da saúde mental nessa população.

Métodos

Trata-se de um estudo transversal, envolvendo uma amostra de 671 estudantes adolescentes matriculados na educação básica da rede estadual de ensino de Cuiabá, Mato Grosso, Brasil e estratificada para garantir a representatividade dos diferentes níveis de ensino: do 5º ao 9º ano do ensino fundamental e do 1º ao 3º ano do ensino médio.

A coleta de dados foi realizada por meio de questionários estruturados e validados, aplicados em sala de aula, com a devida autorização dos responsáveis legais e seguindo as diretrizes éticas estabelecidas para pesquisas com menores de idade (Brasil, 2012). Quanto aos critérios de elegibilidade, foram incluídos estudantes presentes no dia da aplicação do questionário, com autorização dos pais e/ou responsáveis dos menores de 18 anos, e excluídos os estudantes com deficiências que impossibilitassem o preenchimento do questionário.

A TPM foi a variável de desfecho e obtida pelo *Self-Report Questionnaire-20* (SRQ-20) (Mari &, Williams, 1986), considerando como positividade de TPM o adolescente que respondeu oito questões positivas do instrumento entre as vinte que o compõe. As variáveis explicativas incluíram fatores sociodemográficos, familiares e escolares, bem como o uso de substâncias psicoativas (álcool, tabaco, calmantes (benzodiazepínicos), ETA (estimulantes tipo anfetaminas), maconha, solventes/inalantes, anticolinérgicos, anabolizantes, cocaína, crack, opioides (heroína e outros), LSD, chá de cogumelo, ecstasy e Benflogin, anfetaminas, ansiolíticos, anticolinérgicos, barbitúricos, álcool, opiáceos, alucinógenos, orexígenos e, anabolizantes), o alcoolismo e as experiências de

violência. As questões sobre alcoolismo referem-se ao teste *Cut-down-Annoyed-Guilty-Eye-opener* (CAGE) (Mansur; Monteiro,1983), com ponto de corte de duas ou mais respostas afirmativas, o que sugere "rastreamento positivo" para abuso ou dependência de álcool. As experiências de violência foram consideradas a ocorrência, de pelo menos uma vez nos últimos doze meses que antecederam a pesquisa, de agressão contra si ou terceiros, porte de armas branca ou de fogo, envolvimento em brigas individualmente ou em grupos de amigos e ideia de acabar com a vida.

Para a análise dos dados coletados foi utilizado o *software* estatístico SPSS versão 20. O teste Qui-quadrado foi utilizado para verificar a significância da associação bivariada. A razão de prevalência (RP) e seus respectivos intervalos de 95% de confiança (IC95%) foram estimados pela regressão de Poisson. As variáveis que na análise bivariada apresentaram $p \leq 0,20$ foram incluídas na análise múltipla, permanecendo no modelo final apenas as variáveis significativas ($p < 0,05$), com exceção de sexo e idade, que foram mantidas como ajuste.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Müller (HUJM) (Protocolo n° 952.473/CEP/HUJM/15 aprovado em 10 de fevereiro de 2015).

Resultados

Na sala de aula, no período da coleta de dados, obteve-se a participação de 960 estudantes. Não houve recusa, porém, 289 questionários foram anulados: 17 (1,8%) questionários foram anulados devido resposta positiva à questão fictícia e 272 (28,3%) por não terem respondido às questões sobre variável desfecho (TPM), raça/cor e por ter 20 anos ou mais de idade. Da amostra mínima requerida (763) obteve-se a informação de 671 estudantes adolescentes, representando 87,9% do previsto.

Na Tabela 1, observou-se maior proporção de adolescentes do sexo feminino (53,4%), 15 a 19 anos de idade (55,9%), da raça/cor parda (62,9%), religião evangélica (43,8%) pertencentes ao nível

socioeconômico classe C (37,3%), sem defasagem escolar (76,5%) e que não faltavam às aulas nos últimos 30 dias (65,4%) e com 1 a 3 faltas (23,2%). A prevalência de TPM foi de 33,7% e não apresentou diferença significativa segundo as variáveis sociodemográficas (Tabela 2).

Em relação ao padrão de uso de drogas psicoativas (exceto o álcool e tabaco), observou-se uma associação significativa entre os estudantes adolescentes que afirmaram o uso de drogas no ano (RP=1,53, IC95% 1,06-2,21) com a TPM (Tabela 3). Observou-se maior prevalência de TPM nos usuários de álcool na vida (RP=1,35, IC95% 1,20-1,52), no ano (RP=1,41, IC95% 1,18-1,69) e no mês (RP=1,44, IC95% 1,08-1,91) e positividade para a dependência de álcool (CAGE) (RP=1,36, IC95% 1,01-1,84), conforme Tabela 3.

Foi observada associação significativa entre TPM e uso de arma de fogo (RP=2,08, IC95% 1,09-3,96), uso de arma branca (RP=1,71, IC95% 1,11-2,64), briga com agressão física (RP=3,07, IC95% 1,90-4,94), envolvimento em briga de grupo amigos com outro grupo (RP=2,10, IC95% 1,31-3,36), ideia em acabar com a vida (RP=4,53, IC95% 3,11-6,60) e ter sido expostos à violência (RP=1,69, IC95% 1,40-2,04). No que se refere às relações familiares, houve associação significativa para o relacionamento insatisfatório com o pai (RP=1,74, IC95% 1,36-2,23), com a mãe (RP=2,09, IC95% 1,43-3,04) e entre os pais (RP=1,68, IC95% 1,32-2,16) (Tabela 4).

Tabela 1 - Composição da amostra segundo características sociodemográficas da Educação Básica da Rede Estadual do Município de Cuiabá-MT, 2015.

Variáveis	N	%
Sexo		
Masculino	313	46,6
Feminino	358	53,4
Faixa etária		
10 – 14 anos	296	44,1
15 – 19 anos	375	55,9
Raça / Cor		
Branca	152	22,7
Negra	79	11,8
Parda	422	62,9
Oriental	16	2,4
Indígena	02	0,3
Religião		
Católica	250	37,3
Evangélica	294	43,8
Espírita	13	1,9
Outras	25	3,7
Não tem	89	13,3
Nível socioeconômico		
A	27	4,0
B	208	31,0
C	250	37,3
D	130	19,4
E	56	8,3
Defasagem		
Não	513	76,5
1 a 2 anos	125	18,6
3 ou mais anos	33	4,9
Falta às aulas nos últimos 30 dias		
Não faltou	439	65,4
1 a 3 faltas	156	23,2
4 a 8 faltas	42	6,3
≥ 9 faltas	34	5,1

Tabela 2 - Associação de Transtorno Psiquiátrico Menor (TPM) e fatores sociodemográficas entre estudantes adolescentes da Rede Estadual da Educação Básica do município de Cuiabá-MT, 2015.

Variáveis	N ¹ /n ²	Prevalência (%)	RP ³ (IC 95%) ^{bruta}	p-valor
Sexo				
Masculino	313/96	30,7	0,87 (0,72-1,04)	0,12
Feminino	358/130	36,3	1,0	
Faixa etária				
10 – 14 anos	296-94	31,8	0,91 (0,76-1,10)	0,34
15 – 19 anos	375/132	35,2	1,0	
Raça/Cor				
Branca	152/49	32,2	1,0	
Não branca	519/177	34,1	1,01 (0,93-1,10)	0,66
Religião				
Não tem	89/31	34,8	1,05 (0,70-1,57)	0,80
Tem	582/195	33,5	1,0	
Classe socioeconômica				
A+B	235/89	37,9	1,20 (0,97-1,47)	0,09
C+D+E	436/137	31,4	1,0	
Defasagem escolar				
Tem	158/53	33,5	0,99 (0,74-1,32)	0,96
Não tem	513/173	33,7	1,0	
Falta às aulas				
Sim	232/82	35,3	1,07 (0,86-1,33)	0,50
Não	439/144	32,8	1,0	

¹Número de participantes (N=671), ²Positividade, ³Razão de prevalência; IC95%: Intervalo de 95% de confiança.

Tabela 3 - Associação entre Transtorno Psiquiátrico Menor (TPM) e padrão de uso de drogas psicoativas entre estudantes adolescentes da Rede Estadual da Educação Básica do município de Cuiabá-MT, 2015.

Variáveis	N ¹ /n ²	Prevalência (%)	RP ³ (IC 95%) bruta	p-valor
Padrão de uso de drogas psicoativas				
Na vida⁴				
Sim	143/57	39,9	1,30 (0,97-1,75)	0,07
Não	528/169	32,0	1,0	
No ano⁴				
Sim	98/43	43,9	1,53 (1,06-2,21)	0,02
Não	573/183	31,9	1,0	
No mês⁴				
Sim	80/33	41,2	1,38 (0,91-2,09)	0,12
Não	591/193	32,7	1,0	
Uso na vida álcool				
Sim	404/165	40,8	1,35 (1,20-1,52)	<0,001
Não	267/61	22,8	1,0	
Uso no ano álcool				
Sim	277/116	41,9	1,41 (1,18-1,69)	<0,001
Não	394/110	27,9	1,00	
Uso no mês álcool				
Sim	149/63	42,3	1,44 (1,08-1,91)	0,01
Não	522/163	31,2	1,00	
Uso na vida tabaco				
Sim	140/49	35,0	1,06 (0,77-1,44)	0,71
Não	531/177	33,3	1,00	
Uso no ano tabaco				
Sim	79/26	32,9	0,96 (0,62-1,50)	0,87
Não	592/200	33,8	1,00	
Uso no mês tabaco				
Sim	54/17	31,5	0,90 (0,52-1,57)	0,72
Não	617/209	33,9	1,00	
Positividade de alcoolismo (CAGE)⁵				
Sim	139/57	41,0	1,36 (1,01-1,84)	0,04
Não	532/169	31,8	1,00	

¹Número de participantes (N=671), ²Positividade, ³Razão de prevalência; ⁴ Excluindo álcool e tabaco; ⁵Cut-down-Annoyed-Guilty-Eye-opener (CAGE); IC95%: Intervalo de 95% de confiança.

Tabela 4 - Associação entre Transtorno Psiquiátrico Menor (TPM) e comportamento de violência e relacionamento entre estudantes adolescentes da Rede Estadual da Educação Básica do município de Cuiabá-MT, 2015.

Variáveis	N ¹ /n ²	Preva- lência (%)	RP ³ (IC 95%) bruta	p- valor
Comportamento de violência				
Usa arma de fogo				
Sim	35/18	51,4	2,08 (1,09-3,96)	0,02
Não	636/208	32,7	1,0	
Usa arma branca				
Sim	73/34	46,6	1,71 (1,11-2,64)	0,01
Não	598/192	32,1	1,0	
Briga com agressão física				
Sim	64/39	60,9	3,07 (1,90-4,94)	<0,001
Não	607/187	30,8	1,0	
Envolvimento em briga de grupo amigos com outro grupo				
Sim	62/32	51,6	2,10 (1,31-3,36)	<0,001
Não	609/194	31,9	1,00	
Ideia de acabar com a vida				
Sim	109/76	69,7	4,53 (3,11-6,60)	<0,001
Não	562/150	26,7	1,00	
Violência				
Sim	253/117	46,2	1,69 (1,40-2,04)	<0,001
Não	418/109	26,1	1,00	
Relacionamento				
Do adolescente com o pai				
Insatisfatório	173/83	48,0	1,74 (1,36-2,23)	<0,001
Satisfatório	431/126	29,2	1,00	
Do adolescente com a mãe				
Insatisfatório	91/47	51,6	2,09 (1,43-3,04)	<0,001
Satisfatório	548/169	30,8	1,00	
Entre os pais do adolescente				
Insatisfatório	174/80	46,0	1,68 (1,32-2,16)	<0,001
Satisfatório	441/126	28,6	1,00	
Situação conjugal dos pais				
Separado	265/90	34,0	1,04 (0,86-1,26)	0,65
Juntos	329/106	32,2	1,00	

¹Número de participantes (N=671), ²Positividade, ³Razão de prevalência; IC95%: Intervalo de 95% de confiança.

Na análise múltipla (Tabela 5), mantiveram-se associados ao TPM a positividade para alcoolismo (RP=1,06, IC95% 1,01-1,13), o uso de álcool no ano (RP=1,13, IC95% 1,07-1,19), comportamento de violência (RP=1,09, IC95% 1,03-1,16), classe econômica A+B (RP=1,05, IC95% 1,00-1,11) e relações insatisfatória entre os pais (RP=1,09, IC95% 1,03-1,15).

Tabela 5 - Fatores associados de Transtorno Psiquiátrico Menor (TPM) entre estudantes adolescentes da Rede Estadual da Educação Básica do município de Cuiabá-MT, 2015.

Variáveis	RP Ajustada (IC 95%) 1	p-valor
Positividade alcoolismo (CAGE)		
Sim	1,06 (1,01-1,13)	0,043
Não	1,00	
Uso álcool no ano		
Sim	1,13 (1,07-1,19)	<0,001
Não	1,00	
Violência		
Sim	1,09 (1,03-1,16)	0,001
Não	1,00	
Classe socioeconômica		
A+B	1,05 (1,01-1,11)	0,037
C+D+E	1,00	
Relação entre os pais		
Insatisfatório	1,09 (1,03-1,15)	0,003
Satisfatório	1,00	

¹ Ajustado por sexo e faixa etária; RP- Razão de prevalência; IC95%: Intervalo de 95% de confiança.

Discussão

A amostra foi composta majoritariamente de adolescentes do sexo feminino (53,4%), com idade entre 15 e 19 anos (55,9%) e de cor parda (62,9%). A distribuição das características sociodemográficas demonstrou a diversidade e a representatividade da população estudada, cujos dados foram consistentes com a

população escolar de Cuiabá (MT), refletindo a diversidade étnica e a predominância de adolescentes em idade escolar.

Nosso estudo revelou uma alta prevalência de distúrbios mentais menores entre os adolescentes, indicando que um terço dos adolescentes avaliados apresentou algum grau de sofrimento psíquico. Estudo anterior corrobora esses dados, como o de Paula *et al.* (2008), que identificou altas prevalências de TPM em populações adolescentes. Esse estudo reforça que o sofrimento psíquico nessa fase da vida é um fenômeno comum, exigindo atenção especial das políticas de saúde pública. A adolescência é um período de transição crítica, marcado por intensas mudanças biológicas, psicológicas e sociais que podem aumentar a susceptibilidade a transtornos mentais (Paula *et al.*, 2008).

A identificação de uma prevalência significativa de TPM entre adolescentes sublinha a necessidade de ações voltadas à saúde mental nessa etapa da vida. De acordo com Paula *et al.* (2008), essas ações podem incluir a implementação de programas de promoção de saúde mental nas escolas, a capacitação de professores e profissionais de saúde para identificar e intervir precocemente em casos de TPM e o fortalecimento de redes de apoio social e familiar (Paula *et al.*, 2008).

Além disso, a integração de serviços de saúde mental com outras áreas, como educação e assistência social, pode proporcionar uma abordagem mais holística e eficaz para atender às necessidades dos adolescentes. A criação de ambientes escolares seguros e acolhedores que promovam o bem-estar emocional e psicológico, é crucial para a prevenção e o manejo de TPM, uma vez que pode ajudar a mitigar os fatores de risco e promover a saúde mental (Patel *et al.*, 2007).

Outro dado resultante deste estudo que merece destaque é a associação significativa encontrada entre a exposição à violência e a prevalência de TPM. Adolescentes que vivenciam situações de violência têm uma probabilidade significativamente maior de desenvolver transtornos mentais em comparação com aqueles que não são expostos a tais circunstâncias. A violência, em suas

diversas formas, tais como física, psicológica, ou sexual, pode gerar um ambiente de constante estresse e medo, que contribui para o surgimento e agravamento de TPM.

A importância de ambientes seguros para a saúde mental dos adolescentes é destacada por esses resultados. Quando os adolescentes são expostos a ambientes inseguros, onde a violência é uma constante, o impacto negativo sobre sua saúde mental é inevitável. O estresse crônico e o trauma resultantes de experiências violentas podem levar a uma série de problemas de saúde mental, incluindo ansiedade, depressão e outros transtornos psiquiátricos menores.

Esse dado está em consonância com a literatura existente, que identifica a exposição à violência como um importante fator de risco para o desenvolvimento de problemas de saúde mental em adolescentes (Patel *et al.*, 2007). Patel *et al.* (2007) mostraram que a violência não apenas afeta o bem-estar emocional imediato dos adolescentes, mas também tem repercussões de longo prazo, prejudicando seu desenvolvimento psicológico e social. Esse estudo evidencia que intervenções preventivas e políticas públicas que visem reduzir a exposição à violência são cruciais para melhorar a saúde mental dos adolescentes (Patel *et al.*, 2007).

Sobre o alcoolismo, os resultados deste estudo indicam uma associação entre o consumo de álcool e a prevalência de TPM entre os adolescentes, bem como o uso de álcool no último ano também se associou a TPM. Esses resultados sublinham a influência negativa do consumo de álcool e outras substâncias na saúde mental dos adolescentes, evidenciando a necessidade de intervenções preventivas nesse contexto.

A relação entre o uso de substâncias e os transtornos mentais em adolescentes é amplamente documentada na literatura científica (Gray; Squeglia, 2018; Spencer *et al.*, 2021). O consumo de álcool, em particular, tem sido identificado como um fator de risco significativo para o desenvolvimento de uma série de problemas de saúde mental, incluindo ansiedade, depressão e outros TPM. O uso de álcool durante a adolescência, uma fase crítica de

desenvolvimento neuropsicológico, pode interferir nos processos normais de maturação do cérebro, levando a consequências negativas de longo prazo.

Estudo de Rozin e Zagonel (2012) aponta que a combinação de vulnerabilidades genéticas, sociais e ambientais pode amplificar os efeitos prejudiciais do consumo de álcool. A exposição precoce ao álcool não apenas aumenta o risco de dependência futura, mas também está associada a uma maior incidência de problemas de saúde mental. Esse cenário reforça a importância de políticas públicas e programas de prevenção direcionados ao controle do consumo de álcool entre adolescentes.

Quanto ao fator vinculado às relações familiares insatisfatórias, os resultados deste estudo revelaram que essas relações também são um fator de risco significativo para o desenvolvimento de TPM entre os adolescentes. Uma proporção considerável dos adolescentes participantes relatou ter uma má relação com o pai (48,0%) e com a mãe (51,6%). Esses dados destacam a importância da qualidade das relações familiares como um determinante crítico da saúde mental na adolescência.

A literatura reforça a ideia de que as relações familiares conflituosas podem exacerbar o risco de transtornos mentais (Fatori *et al.*, 2013). Relações familiares insatisfatórias, caracterizadas por conflitos frequentes, falta de apoio emocional e comunicação ineficaz, têm sido consistentemente associadas a uma maior prevalência de sintomas de ansiedade, depressão e outros TPM. Esses fatores estressantes no ambiente doméstico podem afetar negativamente o desenvolvimento emocional e psicológico dos adolescentes, tornando-os mais vulneráveis a problemas de saúde mental.

Além disso, estudos indicam que a qualidade das relações familiares durante a adolescência tem um impacto duradouro na saúde mental ao longo da vida (Pratta; Santos, 2007; Fatori *et al.*, 2010; Fatori *et al.*, 2013). Adolescentes que experienciam relações familiares positivas e de apoio tendem a desenvolver melhores habilidades de enfrentamento e resiliência, o que os protege contra

o desenvolvimento de transtornos mentais. A identificação de relações familiares insatisfatórias como um fator de risco para TPM sublinha a necessidade de intervenções que promovam a saúde familiar e fortaleçam os vínculos entre pais e filhos.

Adolescentes com melhor nível socioeconômico apresentaram maior prevalência de TPM. Esse dado sugere que o bem-estar material não garante necessariamente a saúde mental, indicando a complexidade dos fatores envolvidos. Embora a condição socioeconômica elevada possa proporcionar acesso a recursos de saúde e educação, também pode trazer pressões adicionais, como altas expectativas acadêmicas e sociais, que contribuem para o estresse e os transtornos mentais. Estudo de Ribeiro *et al.* (2020) verificou que fatores socioeconômicos influenciam a saúde mental, entretanto os resultados são destoantes, possivelmente pelas diferenças nas variáveis selecionadas para avaliar a condição socioeconômica.

Os resultados deste estudo indicaram que a prevalência de TPM entre estudantes adolescentes em Cuiabá é elevada, especialmente quando associada a fatores como violência, uso de álcool e relações familiares insatisfatórias. O estudo destacou a necessidade urgente de ações preventivas e de promoção da saúde mental direcionadas aos adolescentes, reconhecendo a complexidade e a multidimensionalidade dos fatores envolvidos. Isso, porque, a implementação de políticas públicas e programas específicos para esse grupo populacional é essencial para promover o bem-estar e o desenvolvimento saudável dos adolescentes.

É essencial implementar programas de apoio e tratamento para aqueles que já foram expostos à violência, ajudando-os a lidar com o trauma e a reduzir o risco de desenvolver TPM. A criação de espaços seguros e o fortalecimento de redes de apoio social, incluindo o envolvimento de escolas, famílias e comunidades, são estratégias fundamentais para proteger a saúde mental dos adolescentes e promover seu bem-estar integral. A assistência adequada às vítimas de violência também é imperativa para prevenir a perpetuação dos danos psicológicos e sociais.

Ademais, intervenções preventivas são cruciais para abordar essa questão complexa. Os programas educacionais nas escolas, as campanhas de conscientização sobre os riscos do consumo de álcool e a promoção de estilos de vida saudáveis podem desempenhar um papel vital na redução do consumo de álcool entre adolescentes. Além disso, o suporte psicológico e o acesso a serviços de saúde mental são fundamentais para aqueles que já apresentam sinais de uso problemático de substâncias. Essas ações preventivas são essenciais para quebrar o ciclo de comportamentos de risco e promover a saúde mental.

A colaboração entre diferentes setores e a mobilização de recursos comunitários também são essenciais para criar um ambiente favorável ao crescimento saudável e ao desenvolvimento emocional dos adolescentes. Dessa forma, conclui-se ser imperativo que as políticas públicas e as práticas educativas e de saúde sejam direcionadas a um esforço conjunto para assegurar a saúde mental dos adolescentes, reconhecendo e abordando os múltiplos fatores que influenciam o seu bem-estar.

Referências

ABP - Associação Brasileira de Psiquiatria. Diretrizes para um modelo de atenção integral em saúde mental no Brasil. 2020. Disponível em: <https://revistardp.org.br/abp/article/view/1190>. acesso em: 15 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2012.

FATORI, D.; BORDIN I. A.; CURTO B. M.; PAULA, C.S. Influence of psychosocial risk factors on the trajectory of mental health

problems from childhood to adolescence: a longitudinal study. **BMC Psychiatry**. v. 17, p.13-31, 2013.

FATORI, D. G. S. *et al.* Fatores de Risco para Problemas de Saúde Mental na Infância/Adolescência. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. v. 26, n. 4, pp. 643-652, 2010.

GRAY, K. M.; SQUEGLIA L. M. Research Review: what have we learned about adolescent substance use? **J Child Psychol Psychiatry**, n. 59, p. :618–627, 2018.

KESSLER, R. C. *et al.* Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. **Arch Gen Psychiatry**. 2005 n.62, v.6, p. 593-602, 2005.

MARI, J. J. & WILLIAMS, P. (1986). A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. **British Journal of Psychiatry**, 148, 23-26.

MANSUR, J. & MONTEIRO, M. J. Validation of the 'CAGE' alcoholism screening test in a Brazilian psychiatric inpatient hospital setting. **Brazilian Journal of Medical and Biological Research**, 16: 215-218, 1983.

MILLER, G. E.; CHEN, E.; PARKER, K. J. Psychological stress in childhood and susceptibility to the chronic diseases of aging: moving toward a model of behavioral and biological mechanisms. **Psychological Bulletin**, v. 137, n. 6, p. 959-997, 2011.

MONTEIRO, C. F. S. *et al.* Health problems among adolescents: the importance of a specialized care center. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 5, p. 895-902, 2011.

PAULA, C. S. *et al.* Prevalence of mental health problems in children and adolescents from the outskirts of Sao Paulo city: treatment needs and service capacity evaluation. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 30, n. 1, p. 7-11, 2008.

PAULA, C. S. *et al.* The Mental Health Care Gap among Children and Adolescents: Data from an Epidemiological Survey from Four Brazilian Regions. **PLoS ONE**, n. 9, v. 2, p. e88241, 2014.

PATEL, V. *et al.* Mental health of young people: a global public-health challenge. **The Lancet**, v. 369, n. 9569, p. 1302-1313, 2007.

PRATTA, E. M. M.; SANTOS, M. A. DOS. Família e adolescência: a influência do contexto familiar no desenvolvimento psicológico de seus membros. **Psicologia em Estudo**, v. 12, n. 2, p. 247-256, maio 2007.

RIBEIRO, I. B. DA S. *et al.* Common mental disorders and socioeconomic status in adolescents of ERICA. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, p. 04, 2020.

ROZIN, L.; ZAGONEL, I. P. S.. Fatores de risco para dependência de álcool em adolescentes. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, n. 2, p. 314-318, 2012.

SPENCER, A. E.; VALENTINE, S. E.; SIKOV, J., *et al.* Principles of care for young adults with co-occurring psychiatric and substance use disorders. **Pediatrics**; n.147, v. 2, p. 229-239, 2021.

TELES, M. P. DA S. F. *et al.* Evolução da Rede de Atenção Psicossocial no Brasil, 2012-2018. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 32, n. 3, p. e32030437, 2024.

WHO. World Health Organization. Mental health and psychosocial considerations during the Covid-19 outbreak. Geneva: WHO, 2021.

SOBRE AS AUTORAS E OS AUTORES

Alane Andréa Souza Costa: Mestre em Enfermagem em Saúde Comunitária. Doutoranda em Saúde Coletiva no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso. Professora na mesma universidade, lotada no Departamento de Saúde Coletiva. E-mail: alane.costa@ufmt.br. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4626-017X>.

Alba Regina Silva Medeiros: Doutora em Saúde Coletiva. Professora na Universidade Federal de Mato Grosso, lotada no Departamento de Saúde Coletiva. E-mail: alba.medeiros@ufmt.br. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0208-6509>.

Amanda Cristina de Souza Andrade: Professora no Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal de Mato Grosso, lotada no Departamento de Saúde Coletiva, permanente no Programa de Pós-graduação em Nutrição, Alimentos e Metabolismo e Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. E-mail: amandasouza_est@yahoo.com.br. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3366-4423>.

Amanda Silva Magalhães: Doutora em Saúde Pública. Pesquisadora no Observatório de Saúde Urbana de Belo Horizonte, Universidade Federal de Minas Gerais. E-mail: amandasmagalhaes@hotmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5112-2866>.

Ana Paulo Muraro: Professora no Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal de Mato Grosso, lotada no Departamento de Saúde Coletiva, Docente permanente no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e Programa de Pós-graduação em Nutrição, Alimentos e Metabolismo. E-mail: muraroap@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-6237-1673>.

Bárbara da Silva Nalin de Souza: Doutora em Saúde Coletiva. Professora no Instituto de Saúde Coletiva e no Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso. E-mail: barbara.souza@ufmt.br. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4266-7503>.

Bruno de Souza Moreira: Doutor em Ciências da Reabilitação. Pesquisador no Núcleo de Estudos em Saúde Pública e Envelhecimento, Universidade Federal de Minas Gerais e Instituto René Rachou, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. E-mail: brunosouzamoreira@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8840-4496>.

Celma Lucia Rocha Alves Ferreira: Mestre em Saúde Coletiva. Responsável Técnica pela Saúde da Pessoa Idosa da Secretaria de Estado de Saúde do Mato Grosso. E-mail: celmaferreira@ses.mt.gov.br. Orcid: <https://orcid.org/0009-0007-1763-0673>.

Delma Perpétua Oliveira de Souza (in memoriam): Doutora em Saúde Pública. Professora no Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso. E-mail: souzadpo@terra.com.br. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3395-9202>.

Edna Massae Yokoo: Doutora em Saúde Coletiva. Professora associada do Departamento de Epidemiologia e Bioestatística da Universidade Federal Fluminense. E-mail: eyokoo@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3513-2084>.

Elisete Duarte: Doutorado em Ciências. Docente na Universidade Federal de Mato Grosso, lotada no Departamento de Saúde Coletiva. E-mail: eliseteduarte2020@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0501-0190>.

Elyana Teixeira Sousa: Doutora em Enfermagem. Professora na Universidade Federal de Mato Grosso, lotada no Departamento de

Saúde Coletiva, no Instituto de Saúde Coletiva. Colaboradora no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. E-mail: elyana.sousa@ufmt.br. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3031-5743>.

Emanuelly Amandha Souza de Sá: Graduada em Saúde Coletiva. Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso. Cuiabá, Mato Grosso; E-mail: emanuelyamandhasds@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0009-0005-3917-5187>.

Flávio de Macêdo Evangelista: Graduado em Saúde Coletiva. Doutorando no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso. Cuiabá, Mato Grosso, Brasil. E-mail: flavio.ufmt.isc@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3904-2614>.

Franciele Silvia de Carlo: Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, Mato Grosso, Brasil. E-mail: fsc_mt@yahoo.com.br. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3217-5273>.

Francine Nesello Melanda: Doutora em Saúde Coletiva. Professora na Universidade Federal de Mato Grosso, lotada no Departamento de Saúde Coletiva, no Instituto de Saúde Coletiva. Colaboradora permanente no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. E-mail: francine.melanda@ufmt.br. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5692-0215>.

Gabriella da Silva Souza Lopes: Graduada em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, Mato Grosso, Brasil. E-mail: gabriellasilvalp@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0009-0008-0315-5514>.

Ilma Leite da Costa: Graduada em Saúde Coletiva. Lotada na Diretoria de Planejamento e Aquisições, da Secretaria Municipal de

Saúde de Cuiabá. E-mail: ilmaleitecosta@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0009-0007-4752-9402>.

Izabela Alves Santos: Graduada em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, Mato Grosso, Brasil. E-mail: izabelaas98@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0009-0001-2711-7802>.

Jackeline Corrêa França de Arruda Bodnar Massad: Doutora em Saúde Coletiva. Professora na Universidade Federal de Mato Grosso, lotada na Faculdade de Nutrição. E-mail: jackelinecfa@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4345-3360>.

Jane Alves Lopes de Oliveira Cruz: Graduada em Saúde Coletiva. Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso. Cuiabá, Mato Grosso, Brasil. E-mail: jane.oliveira@sou.ufmt.br. Orcid: <https://orcid.org/0009-0009-2473-4563>.

Jucimara Alves de Pontes Farias: Graduada em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Mato Grosso. E-mail: juci_mara25@hotmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0009-0007-0324-5336>.

Juliana Ilídio da Silva: Doutora e Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Mato Grosso. Profissional de nível superior da Secretaria municipal de saúde de Cuiabá. Email: julianapsico2009@hotmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0604-6662>.

Karina Simone de Souza Vasconcelos: Doutora em Ciências da Reabilitação. Fisioterapeuta no Centro de Reabilitação de Louveira, Louveira, São Paulo, Brasil. E-mail: karinasimone@hotmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7733-6571>.

Lhaís de Paula Barbosa Medina: Doutora em Saúde Coletiva. Professora do Núcleo Comum da Saúde da Faculdade de Ciências

Aplicadas e do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas, da Universidade Estadual de Campinas. E-mail: lhaisdepaula@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7033-9809>.

Leila Auxiliadora José de Sant'Ana: Doutora em Gerontologia. Servidora da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso, lotada na Escola de Saúde Pública de Mato Grosso. E-mail: leilasantana.geronto@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1377-3112>.

Ligia Regina Oliveira: Professora no Instituto de Saúde Coletiva e no Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, Mato Grosso. E-mail: ligia.oliveira@ufmt.br. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-7325-1391>.

Loreth Ferreira de Souza: Graduada em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, Mato Grosso, Brasil. E-mail: lorethsouza@hotmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3273-7600>.

Luciana Cristina Ghisi: Mestre em Saúde Coletiva. Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Instituto de Saúde Coletiva; Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, Mato Grosso, Brasil. Email: lucianaghisi2014@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0009-0000-6763-9931>.

Luciana Sales Purcino: Mestra em Divulgação Científica e Cultural. Doutoranda na Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Nutricionista do Centro de Saúde da Comunidade da Unicamp. E-mail: lpurcino@unicamp.br. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0618-183X>.

Márcia Cristina Garcia: Graduanda em Saúde Coletiva no Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal de Mato Grosso. E-mail: marcia.garcia@sou.ufmt.br. Orcid: <https://orcid.org/0009-0000-6340-4887>.

Maria Angela Conceição Martins: Professora no Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal de Mato Grosso, lotada no Departamento de Saúde Coletiva, docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. E-mail: fisioangela@hotmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6446-8361>.

Naiara Ferraz Moreira: Professora na Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD), Faculdade de Ciências da Saúde. E-mail: naiaraMoreira@ufgd.edu.br. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5847-2831>.

Nereide Lúcia Martinelli: Pós Doutora em Ciências. Professora na Universidade Federal de Mato Grosso, lotada no Departamento de Saúde Coletiva. E-mail: nereidemartinelli@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3574-8716>.

Neuciani Ferreira da Silva Sousa: Doutora em Saúde Coletiva. Professora na Universidade Federal de Mato Grosso, lotada no Departamento de Saúde Coletiva, Cuiabá, Mato Grosso, Brasil. E-mail: neuciani.sousa@ufmt.br. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-7694-0811>.

Neuza Cristina Gomes da Costa: Doutora em Estudos de Cultura Contemporânea. Professora no departamento de saúde coletiva, lotada no Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso. E-mail: neuzacris@hotmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1749-4580>.

Noemi Dreyer Galvão: Doutora em Ciências. Técnica da Secretaria de Estado de Saúde do Mato Grosso e Professora Associada do Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal de Mato Grosso.

E-mail: noemidgalvao@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8337-0669>.

Paulo Rogério Melo Rodrigues: Professor na Faculdade de Nutrição, Universidade Federal de Mato Grosso, lotado no Departamento de Alimentos e Nutrição, permanente no Programa de Pós-graduação em Nutrição, Alimentos e Metabolismo e Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. E-mail: prmr84@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4213-0685>.

Renata Vitoria Aparecida Santos: Graduada em Saúde Coletiva. Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso. Cuiabá, Mato Grosso, Brasil. E-mail: renatavitoriaca0202@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0009-0007-5909-5445>.

Reni Aparecida Barsaglini: Doutora em Saúde Coletiva. Professora no Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso. E-mail: reni.barsaglini@ufmt.br. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8903-2695>.

Rita Adriana Gomes de Souza: Doutora em Saúde Coletiva. Professora no Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso, lotada no Departamento de Saúde Coletiva, docente permanente no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. E-mail: rita.souza@ufmt.br. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0831-9302>.

Silvana Maria da Silva: Mestre em Saúde Coletiva. Doutoranda no Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso. Cuiabá, Mato Grosso. E-mail: silvanapsicologia8@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1699-5757>.

Silvano Macedo Galvão: Doutor em Saúde Coletiva. Professor na Faculdade de Direito da Universidade Federal de Mato Grosso - UFMT. E-mail: silvano.galvao@ufmt.br. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2596-9611>.

Suelene Aparecida Lopes: Graduada em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Mato Grosso. Lotada na Vigilância em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde. E-mail: suelene.loppes@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0009-0001-7801-1637>.

Tânia Maria do Rosário: Mestre em Saúde Coletiva. Técnica da Secretaria de Estado de Saúde do Mato Grosso, lotada na Coordenadoria de Vigilância em Saúde, setor Doenças e Agravos Não Transmissíveis. E-mail: gtdants@ses.mt.gov.br. Orcid: <https://orcid.org/0009-0002-7288-4098>.

Társila Tamires Querobim Souza: Departamento de Alimentos e Nutrição, Faculdade de Nutrição. Programa de Pós-graduação em Nutrição, Alimentos e Metabolismo. Universidade Federal de Mato Grosso. Mato Grosso, Brasil. E-mail: trsl.nutri@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-1829-8063>.

Thalia Eloisa Pereira Sousa Dourado: Graduada em Nutrição pela Universidade Federal de Mato Grosso. Aluna do Programa de Pós-Graduação em Nutrição, Alimentos e Metabolismo nível mestrado da Faculdade de Nutrição, Universidade Federal de Mato Grosso. E-mail: thalia.e.p.s.d@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5022-5011>.

Yana Balduino de Araújo: Doutora em Modelos de Decisão e Saúde. Professora na Universidade Federal de Mato Grosso, lotada no Departamento de Saúde Coletiva. E-mail: yana.araujo1@ufmt.br. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6308-0904>.

Esta coletânea que temos a satisfação de apresentar reúne estudos desenvolvidos no Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso, em diálogo com diferentes cursos e programas de pós-graduação do país. São análises que abordam temas essenciais da Saúde Coletiva, como os determinantes sociais da saúde, o envelhecimento populacional e a saúde de adolescentes e jovens no estado de Mato Grosso. Os capítulos aqui reunidos refletem o compromisso de estudantes e pesquisadores(as) com uma produção científica crítica, plural e socialmente engajada. Mais do que um panorama das condições de vida e saúde, esta obra é um convite à reflexão e à ação para transformar realidades desiguais por meio da pesquisa e da defesa do SUS.



**UNIVERSIDADE FEDERAL
DE MATO GROSSO**



Instituto de
Saúde Coletiva
ISC

