

INTERFACES DO CUIDADO NA SAÚDE COLETIVA

ORGANIZADORES

DANILLA MICHELLE COSTA E SILVA

IOLANDA GONÇALVES DE ALENCAR FIGUEIREDO

MAILSON FONTES DE CARVALHO

editora



redeunida



A **Editora Rede Unida** oferece um acervo digital para **acesso aberto** com mais de 300 obras. São publicações relevantes para a educação e o trabalho na saúde. Tem autores clássicos e novos, com acesso **gratuito** às publicações. Os custos de manutenção são cobertos solidariamente por parceiros e doações.

Para a sustentabilidade da **Editora Rede Unida**, precisamos de doações. Ajude a manter a Editora! Participe da campanha «e-livro, e-livre», de financiamento colaborativo.

Acesse a página
<https://editora.redeunida.org.br/quero-apoiar/>
e faça sua doação

Com sua colaboração, seguiremos compartilhando conhecimento e lançando novos autores e autoras, para o fortalecimento da educação e do trabalho no SUS, e para a defesa das vidas de todos e todas.

Acesse a Biblioteca Digital da Editora Rede Unida
<https://editora.redeunida.org.br/>

E lembre-se: compartilhe os links das publicações, não os arquivos. Atualizamos o acervo com versões corrigidas e atualizadas e nosso contador de acessos é o marcador da avaliação do impacto da Editora. Ajude a divulgar essa ideia.

editora.redeunida.org.br



ORGANIZADORES

DANILLA MICHELLE COSTA E SILVA
IOLANDA GONÇALVES DE ALENCAR FIGUEIREDO
MAILSON FONTES DE CARVALHO

Série Interlocuções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde

INTERFACES DO CUIDADO NA SAÚDE COLETIVA

1ª Edição
Porto Alegre
2026



Copyright © 2026 by Danilla Michelle Costa e Silva, Iolanda Gonçalves de Alencar Figueiredo, Mailson Fontes de Carvalho e Associação Rede Unida



Este trabalho está licenciado sob a licença Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0)

Coordenador Geral da Associação Rede Unida
Alcindo Antônio Ferla

Coordenação Editorial

Editores-Chefes: Alcindo Antônio Ferla e Hêider Aurélio Pinto

Editores Associados: Carlos Alberto Severo Garcia Júnior, Denise Bueno, Diéssica Roggia Piexak, Fabiana Mânica Martins, Fernanda Cornelius Lange, Frederico Viana Machado, Jacks Soratto, João Batista de Oliveira Junior, Júlio César Schweickardt, Károl Veiga Cabral, Márcia Fernanda Mello Mendes, Márcio Mariath Belloc, Maria das Graças Alves Pereira, Michelle Kuntz Durand, Quelen Tanize Alves da Silva, Ricardo Burg Ceccim, Roger Flores Ceccon, Sheila Rubia Lindner, Stela Nazareth Meneghel, Stephany Yolanda Ril, Suliane Motta do Nascimento, Virgínia de Menezes Portes

Conselho Editorial

Adriane Pires Batiston (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil);
Alcindo Antônio Ferla (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);
Àngel Martínez-Hernández (Universitat Rovira i Virgili, Espanha);
Angelo Stefanini (Università di Bologna, Itália);
Ardigó Martino (Università di Bologna, Itália);
Berta Paz Lorigo (Universitat de les Illes Balears, Espanha);
Celia Beatriz Iriart (University of New Mexico, Estados Unidos da América);
Denise Bueno (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);
Emerson Elias Merhy (Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil);
Érica Rosalba Mallmann Duarte (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);
Francisca Valda Silva de Oliveira (Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil);
Hêider Aurélio Pinto (Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Brasil);
Izabella Barison Matos (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil);
Jacks Soratto (Universidade do Extremo Sul Catarinense);
João Henrique Lara do Amaral (Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil);
Júlio Cesar Schweickardt (Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil);
Laura Camargo Macruz Feuerwerker (Universidade de São Paulo, Brasil);
Leonardo Federico (Universidad Nacional de Lanús, Argentina);
Lisiane Bôer Possa (Universidade Federal de Santa Maria, Brasil);
Luciano Bezerra Gomes (Universidade Federal da Paraíba, Brasil);
Mara Lisiane dos Santos (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil);
Márcia Regina Cardoso Torres (Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil);
Marco Akerman (Universidade de São Paulo, Brasil);
Maria Augusta Nicoli (Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale dell'Emilia-Romagna, Itália);
Maria das Graças Alves Pereira (Instituto Federal do Acre, Brasil);
Maria Luiza Jaeger (Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil);
Maria Rocineide Ferreira da Silva (Universidade Estadual do Ceará, Brasil);
Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira (Universidade Federal do Pará, Brasil);
Priscilla Viégas Barreto de Oliveira (Universidade Federal de Pernambuco);
Quelen Tanize Alves da Silva (Grupo Hospitalar Conceição, Brasil);
Ricardo Burg Ceccim (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);
Rossana Staevie Baduy (Universidade Estadual de Londrina, Brasil);
Sara Donetto (King's College London, Inglaterra);
Sueli Terezinha Goi Barrios (Associação Rede Unida, Brasil);
Túlio Batista Franco (Universidade Federal Fluminense, Brasil);
Vanderléia Laodete Pulga (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil);
Vanessa Iribarrem Avena Miranda (Universidade do Extremo Sul Catarinense/Brasil);
Vera Lucia Kodjaoglanian (Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde/LAIS/UFRN, Brasil);
Vincenza Pellegrini (Università di Parma, Itália).

Comissão Executiva Editorial
Alana Santos de Souza
Jaqueline Miotto Guarnieri
Camila Fontana Roman
Carolina Araújo Londero

Revisão
Tiago Estrela
Capa | Projeto Gráfico | Diagramação
Lucia Pouchain

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

I61

Interfaces do cuidado na saúde coletiva/ Danilla Michelle Costa e Silva; Iolanda Gonçalves de Alencar Figueiredo; Mailson Fontes de Carvalho (Organizadores) – 1. ed. -- Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2026.

190 p. (Série Interlocuções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde, v.73).

E-book: 3.5 Mb; PDF

Inclui bibliografia.

ISBN: 978-65-5462-283-7

DOI: 10.18310/9786554622837

1. Saúde Coletiva. 2. Cuidado Integral à Saúde. 3. Promoção da Saúde. 4. Ciclo de Vida. I. Título. II. Assunto. III. Organizadores.

NLM WA 108-245

CDU 614:364

Catalogação elaborada pela bibliotecária Alana Santos de Souza - CRB 10/2738

Todos os direitos desta edição reservados à Associação Rede Unida
Rua São Manoel, nº 498 - CEP 90620-110, Porto Alegre - RS. Fone: (51) 3391-1252

www.redeunida.org.br





Este livro é uma iniciativa do Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva (NUPESC), vinculado à Universidade Federal do Piauí (UFPI), Campus Senador Helvídio Nunes de Barros. A obra reúne estudos, reflexões e experiências sobre as múltiplas interfaces do cuidado na Saúde Coletiva, articulando diferentes saberes, práticas, políticas e contextos de atenção à saúde. Os capítulos que compõem esta edição foram avaliados por pareceristas convidados, assegurando o rigor acadêmico e científico da publicação.

APRESENTAÇÃO

Fruto da articulação entre pesquisadores de diferentes linhas de estudo do Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva (NUPESC/UFPI), este livro foi concebido como uma obra introdutória ao campo da Saúde Coletiva, tendo o cuidado como eixo estruturante de sua abordagem. A proposta percorre desde os fundamentos conceituais que sustentam esse campo de conhecimento até as especificidades do cuidado nos diferentes ciclos de vida, sem a pretensão de constituir um tratado ou de esgotar a ampla e complexa produção científica existente sobre o tema.

O título **Interfaces do Cuidado na Saúde Coletiva** expressa a compreensão de que o cuidado não se constitui como um ato isolado ou restrito ao encontro clínico, mas como um processo dinâmico produzido nas múltiplas interações entre sujeitos, saberes, práticas, políticas, tecnologias e territórios. As interfaces representam os espaços de articulação onde dimensões biológicas, sociais, culturais, ambientais, éticas e institucionais se entrelaçam, conferindo complexidade ao cuidado e orientando respostas às necessidades de saúde. Essa perspectiva reconhece que o cuidado assume diferentes configurações conforme os contextos, os cenários de prática e os momentos do curso da vida, mantendo como elemento comum seu caráter relacional, interdisciplinar, territorializado e comprometido com a promoção da vida, da equidade e do direito à saúde.

Essa compreensão orienta também a organização da obra. Mais do que reunir capítulos dedicados a agravos específicos ou às respectivas estratégias de prevenção e tratamento, buscou-se construir um percurso que evidenciasse as múltiplas interfaces do cuidado, articulando fundamentos teóricos, processos

organizacionais e práticas desenvolvidas ao longo do curso da vida. Para isso, o livro foi estruturado em duas partes complementares.

A primeira parte, **Dimensões Estruturantes do Cuidado na Saúde Coletiva**, reúne capítulos dedicados aos fundamentos que sustentam o cuidado nesse campo, abordando suas concepções ontológicas, a compreensão ampliada do processo saúde-doença, a vigilância em saúde apoiada por tecnologias digitais, bem como a educação em saúde e a educação alimentar e nutricional, ressaltando a importância do autocuidado e do desenvolvimento da autonomia para escolhas saudáveis desde os primeiros anos de vida.

A segunda parte, **Cuidado à Saúde nos Ciclos de Vida**, apresenta uma perspectiva mais aplicada, reunindo capítulos voltados à saúde da mulher, da criança, do adolescente, do adulto e da pessoa idosa. Essas temáticas refletem linhas de investigação consolidadas pelos pesquisadores do NUPESC e evidenciam como o cuidado se expressa de maneira singular em cada etapa do curso da vida, respeitando necessidades, vulnerabilidades e potencialidades específicas, sem perder de vista o princípio da integralidade que orienta a Saúde Coletiva.

A presente obra resulta do acúmulo de experiências desenvolvidas nas atividades de pesquisa, ensino e extensão de seus autores, reunindo docentes, pesquisadores, pós-graduandos e estudantes com diferentes formações e áreas de atuação. As inquietações surgidas na prática profissional, na produção científica e nos processos formativos motivaram a construção desta coletânea, que se propõe a apresentar fundamentos teóricos e práticos do cuidado em Saúde Coletiva, contemplando suas bases conceituais, organizacionais e assistenciais, bem como suas interfaces nos diferentes contextos e ciclos de vida, reafirmando o cuidado como categoria central para a compreensão e a transformação das práticas em Saúde Coletiva.

Com isso, espera-se que este material se constitua em instrumento de apoio à formação, ao ensino, à pesquisa e à prática profissional na área da saúde, contribuindo para o aprofundamento das discussões sobre o cuidado em suas

múltiplas dimensões. Mais do que reunir conteúdos, almeja-se que a obra estimule o pensamento crítico, fomente o diálogo entre os diferentes saberes que atravessam a Saúde Coletiva e fortaleça compromissos éticos e políticos com a produção de uma saúde pública universal, equitativa e socialmente referenciada. Que estas páginas reverberem, assim, na defesa intransigente do Sistema Único de Saúde (SUS) e de seus princípios mais fundamentais, reafirmando-o como conquista histórica e horizonte permanente do cuidado em saúde no Brasil.

A todos, desejamos uma boa leitura e ricas reflexões.

Os organizadores

PREFÁCIO

A incorporação das Ciências Sociais ao estudo do processo saúde-doença é uma característica do campo de Saúde Coletiva na América Latina. A partir de suas contribuições, lança-se um olhar mais amplo sobre as questões de adoecimento, para além do ponto de vista biológico. A antropologia médica, a sociologia da saúde, a história, as ciências políticas enriqueceram a tradição da Saúde Pública possibilitando a emergência do conceito de Determinação Social da doença, trazendo visibilidade às desigualdades de classe, raça, gênero e poder.

Ao receber o material que compõe o livro *Interfaces do Cuidado na Saúde Coletiva* compreendi a relevância da publicação e a fortaleza do grupo de trabalho que a gerou. Senti a responsabilidade de criar um prefácio que de imediato provocasse no leitor um desejo de seguir adiante e se enroscar no tecido composto pelos pesquisadores em torno do tema “cuidado em saúde”.

Procurei um fio condutor para expressar um conjunto de sentimentos que a obra me evocou. Antes de mais nada, senti uma enorme vontade de estudar o tema com maior profundidade e penso que esse é um atributo fundamental para uma obra acadêmica: fazer o leitor querer mais. Diante de um texto extremamente bem construído, ao mesmo tempo denso mas de leitura agradável, eu quis saber mais. Percorri os capítulos com curiosidade e interesse, percebendo claramente, o cuidado como eixo estruturante do livro. Os capítulos se sucedem e se integram a partir desse eixo, situando o cuidado como um conceito fundante da categoria profissional da enfermagem que se atualiza, contemporaneamente, no conceito de cuidado integral, a ser exercido por diversos profissionais, a partir de olhares diferentes e complementares.

A obra também me provocou o desejo de retomar leituras sobre a divisão sexual do trabalho e sua relação com o cuidado. O Dicionário de Educação Profissional de Saúde (2008)¹ aponta que, desde a antiguidade, associa-se a prática do cuidar às mulheres. São elas que cuidavam (e predominantemente ainda cuidam) dos filhos e da família, adquirindo um saber prático a partir do cotidiano, transmitido de geração em geração. À mulher, portanto, reserva-se o espaço privado da casa; ao homem, o espaço da pesquisa, do novo. Tal divisão tradicional do trabalho é revista, em tempos modernos, e atravessada por diversos vetores como o movimento feminista e a complexidade do conhecimento humano, entre outros. A concepção de cuidado integral impõe uma nova percepção do trabalho que deve superar a “divisão”: para cuidar de alguém, é preciso levar-se em conta os diversos aspectos do ser humano e transitar nas interfaces, como destaca o título da obra.

Ao longo dos capítulos, são apresentados conceitos da Saúde Coletiva que me fizeram voltar a autores fundamentais para a construção deste campo de conhecimento - fortemente marcado pelas ciências sociais, como disse anteriormente e fruto da interação da academia com os movimentos sociais. Ao mesmo tempo, através da leitura desta obra, pude conhecer novos autores, ou seja, os integrantes do Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Piauí (NUPESC/UFPI).

Ainda falando de sentimentos que a leitura do livro me provocou, quero falar da alegria de entrar em contato com o núcleo, uma instância nova, em processo de crescimento e fortalecimento. Algo que se estrutura num ponto distante do “Sul Maravilha”² e se inscreve numa militância pela redução das desigualdades do nosso país, sobretudo na produção de conhecimentos no campo da saúde coletiva. O convite para redigir o prefácio chega a mim pois estamos juntos – Fiocruz, UFPI e diversas outras instituições de ensino superior

1 Pereira, I. B. e Lima, J.C. F. Dicionário da educação profissional em saúde – 2 Ed. – Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

2 “Sul Maravilha” é um termo irônico cunhado pelo cartunista Henfil no jornal *O Pasquim* na década de 1970. Com o termo, Henfil satiriza o Sudeste brasileiro e sua suposta supremacia sobre outras regiões brasileiras.

– numa iniciativa educacional denominada Mestrado Profissional em Saúde da Família, o Profsaúde, um mestrado oferecido em rede nacional liderado pela Abrasco, que nos possibilitou, entre outras coisas, o estabelecimento de pontes entre pesquisadores, grupos de pesquisa e profissionais de saúde de todo o Brasil.

Desejo vida longa ao Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva da UFPI! Desejo, também, que possamos seguir aprofundando a integração nacional em termos de pesquisa e ensino e que nossas instituições possam se fortalecer, mutuamente.

Maria Cristina Rodrigues Guilam

Doutora em Saúde Coletiva;
Tecnologista da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ);
Coordenadora Acadêmica Nacional Adjunta do Mestrado Profissional em Saúde da Família (ProfSaúde).

SUMÁRIO

PARTE 1 | DIMENSÕES ESTRUTURANTES DO CUIDADO NA SAÚDE COLETIVA 17

CAPÍTULO 1 | CUIDADO NA SAÚDE COLETIVA: DA ESSÊNCIA DO CUIDAR ÀS RACIONALIDADES ALGORÍTMICAS 19

Mailson Fontes de Carvalho, Ana Karla de Oliveira

CAPÍTULO 2 | DETERMINANTES SOCIAIS, INIQUIDADES E CUIDADO NO TERRITÓRIO: FUNDAMENTOS PARA A PRÁTICA EM SAÚDE COLETIVA 41

Mailson Fontes de Carvalho, Marcelo Raimundo de Souza Filho, Luis Eduardo Soares Santos, Suyanne Freire de Macêdo

CAPÍTULO 3 | EPIDEMIOLOGIA, VIGILÂNCIA E POLÍTICAS DE SAÚDE: BASES DO CUIDADO COLETIVO 71

Suyanne Freire de Macêdo, Gabriel Vitor de Sousa

CAPÍTULO 4 | EDUCAÇÃO EM SAÚDE E TECNOLOGIAS EDUCATIVAS COMO PRÁTICAS DE CUIDADO 87

Ana Roberta Vilarouca da Silva, Antônia Sylca de Jesus Sousa, Iolanda Gonçalves de Alencar Figueiredo, Mayla Rosa Guimarães, Thereza Maria Magalhães Moreira, Helena Alves de Carvalho Sampaio

CAPÍTULO 5 | CUIDADOS NUTRICIONAIS E ALIMENTAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA 103

Danilla Michelle Costa e Silva, Natália Santos Luz, Matheus Osvaldo da Silva Luz, Maria da Glória Feitosa Alencar Neta, Kélio Moraes dos Reis, Artemizia Francisca de Sousa

PARTE 2 | O CUIDADO À SAÚDE NOS CICLOS DE VIDA..... 117

CAPÍTULO 6 | SAÚDE DA MULHER: CUIDADO, PROMOÇÃO DA SAÚDE E AUTONOMIA REPRODUTIVA 119

Valéria Lima de Barros

CAPÍTULO 7 | SAÚDE DA CRIANÇA: FUNDAMENTOS, PRÁTICAS E DESAFIOS PARA O CUIDADO INTEGRAL..... 137

Eduardo Araujo Lima, Rumão Batista Nunes de Carvalho, Edina Araújo Rodrigues Oliveira, Maísa de Lima Claro, Thamina Oka Lôbo Paes Landim, Luisa Helena de Oliveira Lima

CAPÍTULO 8 | ADOLESCÊNCIA: RITO DE PASSAGEM E CUIDADO COLETIVO..... 167

Iolanda Gonçalves de Alencar Figueiredo, Antônia Sylca de Jesus Sousa, Danila Bezerra Barros Leal Lima, Tainá Gomes de Brito, Wanderson da Silva Nogueira, Letícia de Jesus da Silva

CAPÍTULO 9 | SAÚDE DO ADULTO: CUIDADO ÀS DOENÇAS CRÔNICAS E PROMOÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA 181

Ana Roberta Vilarouca da Silva, Mayla Rosa Guimarães, Tânia Maria Santos Luz, Mayara Macêdo Melo, Maria Sauanna Sany de Moura, Maria Isabelly Sousa Santos

CAPÍTULO 10 | SAÚDE DA PESSOA IDOSA: CAPACIDADE FUNCIONAL COMO EIXO DA INTEGRALIDADE NO CUIDADO..... 195

Ana Klisse Silva Araújo, Danielle Gomes Pereira de Souza, Maria Laíse de Lima Leal, Wellen Eduarda Alves dos Santos, Laura Maria Feitosa Formiga

MINI-CURRÍCULO DOS AUTORES 208

PARTE 1

DIMENSÕES ESTRUTURANTES DO CUIDADO NA SAÚDE COLETIVA



CAPÍTULO 1

CUIDADO NA SAÚDE COLETIVA: DA ESSÊNCIA DO CUIDAR ÀS RACIONALIDADES ALGORÍTMICAS

Mailson Fontes de Carvalho
Ana Karla de Oliveira

Sobre este capítulo:

O capítulo articula matrizes filosóficas do cuidado na Saúde Coletiva (Lukács, Heidegger, Foucault, Boff), sua dimensão micropolítica como trabalho vivo em ato (Merhy, Ayres, Franco) e sua institucionalização como identidade profissional (Nightingale, Horta, Leininger, Watson, Locsin), inovando ao tensionar a tipologia das tecnologias em saúde com as racionalidades algorítmicas contemporâneas (dataficação, panóptico digital e vigilância voluntária), para reafirmar o cuidado como direito universal e prática emancipadora.

O cuidado é um dos termos mais usados, e dos mais esvaziados, no vocabulário contemporâneo da saúde. Ora aparece como sinônimo de procedimento técnico, ora como metáfora afetiva, ora como dispositivo gerencial. Essa polissemia nos revela as disputas de sentido que atravessaram e seguem atravessando os modelos de atenção, os processos de trabalho e os sistemas de saúde em diferentes espaços e épocas.

O ato de cuidar é constitutivo do ser humano e surge no contexto das diversas e complexas relações estabelecidas entre os indivíduos ao longo da história. Compreendido como uma atividade voltada à manutenção, continuidade e reparação do mundo em que vivemos, envolvendo nossos corpos, nossas vidas e o ambiente em uma complexa rede de sustentação da vida (Tronto, 2015), o cuidado foi progressivamente se estruturando e se especializando ao longo do tempo. Em seu processo evolutivo, foi, portanto, incorporando habilidades, competências e conhecimentos específicos, de modo que atualmente podem ser reconhecidas suas dimensões relacional, científica e tecnológica, fundamentadas nos saberes e fazeres produzidos tanto pela experiência prática quanto pelo desenvolvimento científico.

Na saúde coletiva brasileira, o conceito de cuidado transcende a mera aplicação de procedimentos técnicos ou terapêuticos e se constitui como uma categoria filosófica, ontológica e prática fundamental para a estruturação e consolidação do campo da Saúde Coletiva no Brasil. Sua densidade teórica e política surge mais fortemente a partir dos movimentos de Reforma Sanitária, da própria construção do Sistema Único de Saúde (SUS) e de correntes de pensamento social na saúde que recusaram reduzir a atenção à saúde ao diagnóstico e à prescrição, típicas do modelo biomédico. Tal perspectiva vem produzindo formulações originais que dialogam com a fenomenologia, com a pedagogia crítica, com a teoria do processo de trabalho e, mais recentemente, com os estudos sobre os impactos da tecnologia nos processos de cuidar.

Assim, partindo da compreensão do cuidado como dimensão constitutiva da experiência humana e elemento central das práticas de saúde, este capítulo apresenta uma síntese teórico-reflexiva sobre suas transformações históricas, sua produção e seus sentidos contemporâneos, bem como sobre os desafios que emergem diante das novas racionalidades que atravessam e ressignificam os processos de cuidar na atualidade, destacando a relação do cuidado com a identidade profissional da Enfermagem. Sem a pretensão de esgotar o debate sobre o tema, busca-se uma aproximação que possa fornecer

os fundamentos para uma formação crítica no tocante à complexidade do processo de cuidar nas mais diversas dimensões da vida.

O cuidado como dimensão constitutiva do ser social

Embora fortemente associado às práticas profissionais do campo da saúde, o processo de cuidar antecede historicamente a constituição de sistemas de saúde, das profissões e tecnologias utilizadas para diagnóstico e tratamento de doenças. Antes de se manifestar como protocolo clínico, técnica ou prática, o cuidado se constitui como experiência da condição de ser humano no mundo com outros, ou seja, condição do ser social. É justamente aí que o pensamento filosófico e social na saúde oferece fundamentos sólidos para uma compreensão mais aprofundada dessa atividade determinante para a existência humana em suas mais variadas dimensões.

A fim de construir a compreensão do cuidado como atividade constitutiva do humano enquanto ser social, é possível partir das contribuições da Ontologia do ser social de Gyorgy Lukács, para quem o trabalho compreende uma atividade situada no âmago do processo de humanização, processo esse que demarca a transição do animal ao homem. Essa transição compreende uma superação de princípio, à maneira de um salto, de natureza qualitativa e ontológica, fazendo emergir um tipo de ser radicalmente novo e mais complexo, progressivamente afastado das barreiras impostas pela sua condição natural, sem, com isso, perder sua vinculação originária. Assim, o fazer humano, partindo do trabalho, constitui-se na relação entre o ser humano (sociedade) e a natureza (orgânica e inorgânica), em meio à luta pela existência e contra a própria constituição naturalmente dada, tendo em vista a produção de objetos e de úteis à reprodução da vida. Portanto, é por meio do trabalho que o homem, de forma consciente e ativa, atua sobre o ambiente natural a fim de responder a um determinado carecimento. Sendo uma atividade desenvolvida de forma

consciente e ativa, pressupõe a ação de uma consciência que estabelece uma finalidade em concordância com o carecimento em questão, sendo formada, portanto, por posições teleológicas que põem em funcionamento séries causais que irão conferir materialidade a um projeto previamente estabelecido.

Com base em tal compreensão, entende-se que a atividade de cuidado apresenta claramente em sua essência propriedades marcadamente sociais. Para além disso, é preciso considerar que seus atributos e modos de operar somente se realizam no ser social já constituído como tal, ou seja, um ser habilitado a interagir e atuar sobre o seu ambiente a fim de modificá-lo tendo em vista suprir um dado carecimento (de si ou de outrem), de tal maneira que se presume o salto ontológico como já decorrido. Em resumo, nas palavras de Lukács, “No trabalho estão contidas *in nuce* todas as determinações que, como veremos, constituem a essência do novo no ser social” (Lukács, 2013, p.44), dentre as quais destaca-se aqui a atividade de cuidado.

Conforme destacam Anéas e Ayres (2011), o cuidado, em seu sentido ontológico, não corresponde a uma ação eventual ou circunstancial, mas a uma condição permanente da existência humana. Isso significa que o ser humano está sempre cuidando, inclusive nas relações marcadas pelo descuido, pela negligência ou pelo desprezo. É por meio do cuidado que os indivíduos se relacionam consigo mesmos, com os outros e com o mundo, produzindo os vínculos que sustentam a vida em suas múltiplas dimensões.

Partindo de contribuições da filosofia heideggeriana, Ayres (2004) resgata a compreensão do cuidado como uma atividade que modela as diversas formas particulares da existência humana. Trata-se, pois, de desenvolver uma reflexão acerca dos sentidos que o cuidado adquire frente a uma situação terapêutica por meio da qual dois ou mais sujeitos irão interagir a fim de alcançar um objetivo orientado ao bem-estar e mediado por saberes específicos a esse objetivo. Nesse ínterim, e recorrendo à categoria cuidado conforme proposta por Martin Heidegger na obra “Ser e Tempo”, o autor resgata a alegoria de Hígino a partir da qual irá extrair elementos importantes para esse debate.

Certa vez, atravessando um rio, Cuidado viu um pedaço de terra argilosa: cogitando, tomou um pedaço e começou a lhe dar forma. Enquanto refletia sobre o que criara, interveio Júpiter. O Cuidado pediu-lhe que desse espírito à forma de argila, o que ele fez de bom grado. Como Cuidado quis então dar seu nome ao que tinha dado forma, Júpiter proibiu e exigiu que fosse dado seu nome. Enquanto Cuidado e Júpiter disputavam sobre o nome, surgiu também a terra (tellus) querendo dar o seu nome, uma vez que havia fornecido um pedaço do seu corpo. Os disputantes tomaram Saturno como árbitro. Saturno pronunciou a seguinte decisão, aparentemente equitativa: 'Tu, Júpiter, por teres dado o espírito, deves receber na morte o espírito e tu, terra, por teres dado o corpo, deves receber o corpo. Como, porém, foi o Cuidado quem primeiro o formou, ele deve pertencer ao Cuidado enquanto viver. Como, no entanto, sobre o nome há disputa, ele deve se chamar 'homo', pois foi feito de humus (terra)'. (Heidegger, 1995, p.263-4)

Em *Ser e Tempo* (1927), Martin Heidegger descreve o cuidado (*Sorge*) não como uma disposição afetiva ocasional, mas como a estrutura ontológica¹ fundamental do ser-no-mundo. O *Dasein*, ou seja, o ser-aí, o existente humano, se relaciona com o mundo sempre sob a forma do cuidado, que se expressa como preocupação, ocupação, solicitude. Nesse sentido mais radical, cuidar torna-se algo que fazemos não eventualmente, mas o próprio modo como existimos (Heidegger, 1995).

O teólogo e filósofo brasileiro Leonardo Boff reelaborou a perspectiva heideggeriana a partir de uma tradição humanista e ecológica, em diálogo com a teologia da libertação. Em *Saber Cuidar* (1999), Boff propõe que o cuidado representa a atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e consequente envolvimento afetivo com o outro. Para o autor, o cuidado existe antes mesmo do agir humano, estando presente em todas as situações como a essência que anima os atos. Segundo o autor,

¹ Ontologia: ramo da filosofia dedicado ao estudo do ser e das condições fundamentais da existência. Enquanto investiga aquilo que os seres são em sua constituição mais essencial, e não apenas suas características ou ações, a ontologia busca compreender os modos pelos quais os seres existem e se relacionam com o mundo. Na perspectiva de Heidegger, essa investigação volta-se especialmente para a compreensão do sentido do ser, tomando a existência humana como ponto de partida para analisar as condições fundamentais do ser-no-mundo (Abbagnano, 2007; Heidegger, 1995).

sem o cuidado, ele deixa de ser humano. Se não receber cuidado, desde o nascimento até a morte, o ser humano desestrutura-se, definha, perde sentido e morre. Se ao largo da vida, não fizer com cuidado tudo o que empreender, acabará por prejudicar a si mesmo e por destruir o que estiver à sua volta. (Boff, 1999. p.13)

A abordagem de Boff coloca o cuidado no centro de uma ética relacional e humanizadora, que acrescenta às considerações heideggerianas a dimensão macro da preocupação ecológica, tida como indissociável da dimensão das relações humanas. Cuidar de uma pessoa sem cuidar das condições sociais e ambientais mais amplas que eventualmente concorreram para gerar seu adoecimento ou carecimento é uma forma de cuidado incompleto, portanto, que tende a reforçar iniquidades ao invés de enfrentá-las.

A compreensão do cuidado como dimensão constitutiva da existência humana encontra importantes desdobramentos nas reflexões de Michel Foucault acerca do cuidado de si. Conforme observa Ayres (2004), a genealogia foucaultiana oferece subsídios relevantes para compreender como a noção de cuidado, inicialmente situada em um plano ontológico-existencial, passou a integrar historicamente os modos pelos quais os sujeitos se relacionam consigo mesmos, com os outros e com a própria saúde.

Em *História da Sexualidade III: O cuidado de si*, Foucault (1984) analisa as práticas éticas desenvolvidas na Antiguidade greco-romana, demonstrando que o cuidado de si (*epiméleia heautoû*) constituía um princípio organizador da vida moral e social. Mais do que uma preocupação individual com o corpo ou com o bem-estar, tratava-se de um conjunto de exercícios, atitudes e práticas voltadas à formação de si, por meio das quais os sujeitos buscavam conduzir a própria existência. Nessa tradição, cuidar de si não significava afastar-se dos outros, mas preparar-se para uma relação mais responsável consigo mesmo, com a vida coletiva e com aqueles que estavam sob seus cuidados.

Sob essa perspectiva, o cuidado deixa de ser compreendido apenas como resposta a necessidades ou agravos e passa a ser entendido como uma

prática permanente de constituição ética do sujeito. Como destaca Foucault, o cuidado de si envolve um trabalho contínuo sobre pensamentos, condutas, desejos e modos de viver, configurando uma verdadeira arte da existência e uma prática de subjetivação². É justamente essa dimensão que permite aproximar suas reflexões das discussões contemporâneas sobre o cuidado em saúde, uma vez que coloca em evidência a inseparabilidade entre a construção de si e a capacidade de cuidar do outro.

Convém considerar que para a Saúde Coletiva, a formulação acima amplia significativamente o horizonte de compreensão do cuidado. Se em Heidegger o cuidado expressa uma condição fundamental do existir, em Foucault ele revela os processos históricos e éticos pelos quais essa condição é exercida, aprendida e cultivada. O cuidado emerge, assim, não apenas como fundamento da existência humana, mas também como prática social, ética e política que participa da construção dos projetos de vida e das formas de produção da saúde, alcançando dimensões sociais e políticas.

Como afirma o autor, para a construção do cuidado no campo da Saúde Coletiva,

tão importante quanto investir na reflexão e transformação relativas às características das interações interpessoais nos atos assistenciais e a partir deles, é debruçar-se, uma vez mais e cada vez mais, sobre as raízes e significados sociais dos adoecimentos em sua condição de obstáculos coletivamente postos a projetos de felicidade humana e, de forma articulada, da disposição socialmente dada das tecnologias e serviços disponíveis para sua superação (Ayres, 2004, p. 27).

2 A subjetivação pode ser compreendida, a partir de Michel Foucault, como o processo histórico e contingente pelo qual os indivíduos são constituídos como sujeitos, no interior de práticas discursivas, dispositivos de poder e tecnologias de si, não havendo um sujeito prévio ou autônomo em relação às relações de saber-poder que o produzem (FOUCAULT, 1984; 2004). Nessa perspectiva, Veyne sintetiza que “não existiria sujeito humano sem uma subjetivação. Engendrado pelo dispositivo de sua época, o sujeito não é soberano, mas filho de seu tempo; não é possível tornar-se qualquer sujeito em qualquer época” (VEYNE, 2011, p. 179). Em abordagem convergente, Deleuze e Guattari ampliam essa compreensão ao conceberem a subjetivação como produção contínua e processual de subjetividades, entendidas não como essência ou interioridade fixa, mas como efeito de agenciamentos heterogêneos entre forças sociais, políticas, afetivas e materiais, em permanente devir (DELEUZE; GUATTARI, 1995).

Portanto, a análise dos fundamentos do cuidado, como atividade constitutiva do ser social traz implicações importantes para as práticas de saúde, ao mesmo tempo em que desvela a aproximação intrínseca entre o cuidado que se dá na constituição do humano (dotado de sentidos que demarcam seu caráter relacional, modelador da existência, do cuidar de si como fundamentalmente cuidar do outro e do meio ambiente, entre outros) e aquele que se opera no cotidiano das ações de saúde, e que será abordado de forma mais pormenorizada no tópico que se segue.

O cuidado como acontecimento na micropolítica do trabalho em saúde

Seguindo com a análise do cuidado agora estruturado como técnica nas ações de saúde, é preciso considerar que à primeira vista trata-se estritamente de procedimentos técnicos ou protocolos que demarcam a prática assistencial. Todavia, essa compreensão advém do modelo hegemônico biomédico, centrado na doença e tecnicista por natureza, e que se distancia de uma prática de cuidado integral. No campo da saúde coletiva, as práticas em saúde adotam conceituação mais ampla e profunda, voltada à articulação entre os saberes técnicos e as necessidades sociais, considerando tempo e espaço.

Desse modo, saímos do plano da filosofia, em que o cuidado é pensado como modo de ser, e entramos no plano da micropolítica do trabalho em saúde, em que o cuidado é produzido, dia a dia, no encontro entre trabalhadores e usuários. Esse deslocamento foi protagonizado, no Brasil, por um conjunto de autores que, a partir dos anos 1990, com o advento do Sistema Único de Saúde (SUS), reformulou a própria noção de tecnologia em saúde tornando o cuidado um problema analítico, e não apenas valorativo.

No cenário contemporâneo, em especial sob a égide do SUS, as práticas de saúde descolaram-se de uma visão puramente instrumental e

tecnicista para se consolidarem como verdadeiras práticas sociais. Longe de estarem reduzidas à aplicação mecânica de protocolos, elas operam na micropolítica do cotidiano institucional, configurando-se pelo ‘trabalho vivo em ato’ (Merhy, 2002).

Para Merhy (2002), as práticas de saúde constituem-se como um espaço de produção micropolítica, onde o trabalho vivo em ato opera permanentemente, permitindo que o profissional reinvente o cotidiano do cuidado para além das capturas tecnológicas e burocráticas das instituições. É sob essa perspectiva que Emerson Merhy introduziu na saúde coletiva brasileira o conceito de trabalho vivo em ato para designar aquilo que acontece no encontro entre trabalhador e usuário³, no espaço que nenhum protocolo consegue antecipar completamente. Diferentemente do trabalho morto, que se expressa em equipamentos, normas e saberes cristalizados, o trabalho vivo é o momento criativo, singular e insubstituível da produção em saúde (Merhy, 1997, 2002).

Dessa formulação decorre uma tese que organiza toda a obra de Merhy: o cuidado não é um ato, é um acontecimento. A diferença não é retórica. Um ato pressupõe um agente que executa uma ação predefinida sobre um objeto, segundo a lógica do procedimento, do protocolo, da prescrição. Um acontecimento, ao contrário, pressupõe um encontro em que sujeitos se afetam mutuamente e produzem algo que não estava dado de antemão. Por isso Merhy descreve esse encontro como intercessor (com dois “ss”, no sentido deleuziano⁴) e como autopoietico: trabalhador e usuário se constituem reciprocamente na cena de cuidado, e nenhum dos dois sai dela exatamente como entrou (Merhy, 2006; Merhy & Feuerwerker, 2009; Merhy et al., 2023).

Essa definição tem uma consequência prática importante para a formação profissional. Se o cuidado fosse apenas um ato, bastaria dominar a

3 O termo “usuário” é o termo adotado por Merhy em sua produção científica, especialmente no contexto do SUS. A opção é deliberada: distingue-se de “paciente” (que remete à passividade do modelo biomédico) e de “cliente” (que remete à lógica mercadológica), designando a pessoa atendida pelo SUS como sujeito de direitos, que utiliza o serviço e protagoniza o encontro de cuidado.

4 O sentido deleuziano de intercessores, referenciado por Merhy, remete aquilo que faz pensar e produz criação no encontro, conforme elaborado por Deleuze em entrevistas reunidas em *Pourparlers* (DELEUZE, 1990)

técnica para cuidar bem. Mas, sendo um acontecimento, ele depende de algo que nenhum protocolo ensina: a disponibilidade do trabalhador para se deixar afetar pelo outro, para sustentar a escuta mesmo quando o tempo da agenda aperta, para reconhecer no usuário um sujeito de necessidades e de saberes, e não um corpo a ser examinado. Cuidar, nesse sentido forte, é sempre uma aposta ética feita na relação (Franco, 2015; Feuerwerker, 2014).

A tese central de Merhy é que o cuidado é a alma dos serviços de saúde e a estratégia radical para a defesa da vida. Mas há uma advertência crucial: mesmo havendo encontro, não há garantia de um cuidado-cuidador. Um processo de trabalho orientado por tecnologias leves pode ser capturado por lógicas capitalistas, secundarizando as necessidades do usuário e produzindo formas de cuidado instrumentalizadas (Merhy, 2007). Daí a necessidade, como o autor denominou, de um cuidado com o cuidado.

Túlio Franco avança nessa direção ao analisar o plano da micropolítica, onde novos possíveis se colocam em cena. O ato de cuidar, para Franco, é sempre singular, único em um dado espaço e tempo. Um trabalhador que acolhe em um determinado momento pode não acolher em outro, e essa variação depende dos afetos de que é tomado e das afecções que agenciam sua ação. Essa instabilidade não é uma fraqueza do sistema; é a marca do trabalho vivo, que se recusa à previsibilidade total (Franco & Hubner, 2020; Franco, 2015).

Ayres complementa essa perspectiva ao apontar que o cuidado exige, além das tecnologias, um projeto ético construído no diálogo entre profissional e paciente. A intersubjetividade é constitutiva: não se cuida de um corpo-objeto, mas de um sujeito que carrega uma história, uma visão de mundo, necessidades objetivas e subjetivas entrelaçadas. O encontro terapêutico é, portanto, sempre hermenêutico, demanda interpretação, tradução e negociação de sentidos (Ayres, 2005).

Nelson Barros cunhou o conceito de cuidado emancipador para nomear essa hibridização necessária entre senso comum e conhecimento científico, entre cuidado e clínica, sustentada pelo posicionamento ético-político do

profissional. O cuidado emancipador se opõe ao cuidado heterônomo, que amplia a dependência em vez da autonomia. Ele implica ir além das ações protocolares, garantir o acesso às informações e facilitar a transformação do conhecimento em autoconhecimento, em exercício efetivo da autonomia (Barros, 2021).

Tomada essa série de aportes, trabalho vivo, acontecimento intercessor, micropolítica, hermenêutica, emancipação, torna-se possível retomar a pergunta de fundo: que tipo de tecnologia comanda o processo de trabalho em saúde? Como sintetiza o próprio Merhy, “uma análise mais detalhada das interfaces entre os sujeitos instituídos, seus métodos de ação e o modo como esses sujeitos se interseccionam, permite realizar uma nova compreensão sobre o tema da tecnologia em saúde, ao se tomar como eixo norteador o trabalho vivo em ato, que é essencialmente um tipo de força que opera permanentemente em processo e em relações” (Merhy, 2013, p. 176). Para tornar esse campo analiticamente operacional, Merhy propõe uma tipologia das tecnologias em saúde. As tecnologias duras são os equipamentos, os instrumentos e os insumos materiais (estetoscópios, tomógrafos, medicamentos). As tecnologias leve-duras são os saberes estruturados: a clínica, a epidemiologia, a psicologia, os protocolos de diagnóstico. E as tecnologias leves são as relações: a escuta, o vínculo, o acolhimento, a responsabilização. Essa última categoria é a que opera o cuidado em seu sentido mais profundo, ela não se aprende apenas nos manuais; se produz no encontro, no espaço intercessor entre dois sujeitos (Merhy, 2002; Merhy & Feuerwerker, 2009, 2016). Saber quais tecnologias predominam em um determinado serviço, e em que arranjo, é saber que cuidado aquele serviço produz.

Nessa articulação de conceitos e perspectivas emerge um projeto ético-estético-político para o cuidado na saúde coletiva: um cuidado que afirma a vida, resiste à objetificação do usuário, valoriza o encontro como espaço de produção de sentido e orienta suas tecnologias para a emancipação dos sujeitos. Esse não é um projeto utópico, ele se materializa no cotidiano dos

serviços, seja no acolhimento realizado na atenção primária, nos grupos de educação em saúde e em cada visita domiciliar que consegue superar o roteiro prescrito para entrar em contato com a vida real de quem é cuidado.

O cuidado como identidade profissional na saúde: a propósito da Enfermagem

Se a ontologia oferece o fundamento filosófico, a história das profissões de saúde oferece o terreno concreto no qual o cuidado foi institucionalizado, formalizado e, por vezes, burocratizado. Embora atravessasse todas as profissões de saúde, do diagnóstico médico à escuta psicológica, da reabilitação fisioterapêutica à assistência social, o cuidado encontrou na Enfermagem o lugar em que foi tomado, de modo mais explícito, como objeto epistemológico fundamental. Sob o paradigma da “arte de cuidar”, a profissão institucionalizou o cuidado como eixo de sua identidade, de suas práticas e de um corpo de conhecimentos científicos produzidos a partir das próprias vivências profissionais (Erdmann et al., 2009), oferecendo uma referência conceitual e ética para o conjunto do campo da saúde.

Foucault (2012), no ensaio “*O Nascimento do Hospital*” (publicado na coletânea *Microfísica do Poder*), detalha que até o fim do século XVIII, o hospital não era um lugar de cura, mas sim um “morredouro”, para onde as pessoas doentes que não usufruíam de condições financeiras para contratar um médico particular eram levadas a fim de receber algum conforto para suas aflições ou mesmo passar seus últimos momentos de vida. Outra função assumida por essa instituição à época era de exclusão e controle social de segmentos marginalizados da sociedade (pobres, mendigos ou detratores do poder estabelecido) a fim de que perturbassem a ordem pública. Somente a partir da era moderna, com o advento de uma lógica social de vigilância e disciplinamento dos corpos é que o hospital assume função terapêutica,

consolidando-se como um espaço de cura, mas também um campo de registro e de acúmulo documental.

Nesse processo, destaca-se a figura de Florence Nightingale, pioneira da Enfermagem moderna, que, ao reorganizar o ambiente hospitalar para o atendimento de soldados durante a Guerra da Crimeia (1853-1856), não apenas introduziu práticas sanitárias que reduziram drasticamente a mortalidade, mas fundou uma epistemologia do cuidado baseada na observação sistemática, na responsabilidade com o ambiente e na atenção integral ao paciente. O cuidado, para Nightingale, não era um gesto de compaixão espontânea, mas uma prática disciplinada e racional, orientada para a promoção das condições que permitem ao organismo se autocurar (Nightingale, 1859). A partir do legado nightingaleano, a Enfermagem foi progressivamente se constituindo como profissão e institucionalizando o cuidado como prática documentada, fundamentada e eticamente orientada.

Ao longo do século XX, a formalização do ensino, a criação de associações profissionais, a elaboração de códigos deontológicos e o desenvolvimento de um corpo próprio de saberes consolidaram o cuidado como objeto de investigação científica e como núcleo identitário da profissão. Foi nesse terreno já maduro que floresceram as grandes teorias de enfermagem, que buscaram dar contornos conceituais ao que, até então, era, em grande medida, prática tácita e experiencial. Da Teoria Ambientalista de Nightingale, que tomou o ambiente como dimensão terapêutica (Nightingale, 1859), à Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta, que estruturou o cuidado a partir das necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais do sujeito (Horta, 1979), até a Teoria do Cuidado Cultural de Leininger, que situou o cuidar nos significados que cada cultura atribui à saúde e à doença (Leininger, 1991), surgem elaborações que oferecem ao conjunto das profissões de saúde um repertório teórico-conceitual para pensar o cuidado como prática situada, relacional e culturalmente mediada.

Nesse movimento, vale destacar a Teoria do Cuidado Cultural (*Theory of Culture Care Diversity and Universality*), formulada pela antropóloga e enfermeira

Madeleine Leininger e publicada sistematicamente em 1991, segundo a qual o cuidado figura como fenômeno central, dominante e unificador da enfermagem, não obstante seu significado varie profundamente conforme o contexto cultural em questão. O modelo *Sunrise*, desenvolvido pela autora, representa a multidimensionalidade dos fatores que influenciam o cuidado: estrutura social, crenças culturais, valores, linguagem e ambiente. Para Leininger, cuidado culturalmente congruente não é um luxo ou uma sensibilidade adicional; é uma condição de efetividade terapêutica (Leininger, 1991).

Essa perspectiva ressoa fortemente no contexto da saúde brasileira, marcada por uma enorme diversidade regional, étnico-racial e socioeconômica, antecipando muitas das discussões sobre equidade e integralidade que viriam a estruturar o Sistema Único de Saúde (SUS).

Watson (1979), outra referência incontornável da enfermagem, propõe a teoria do cuidado transpessoal (*Human Caring Theory*), centrada na ideia de que o momento de cuidado é uma ocasião de encontro genuíno entre duas pessoas, cada uma com sua história, seus medos e seus projetos. Para Watson, a relação terapêutica é um campo moral e existencial, não apenas técnico. Essa formulação dialoga diretamente com o que Ayres (2004) chamará, décadas depois, de projeto existencial do sujeito cuidado: para o autor, o cuidado em saúde exige uma sabedoria prática (*phrónesis*) capaz de reconhecer e apoiar o projeto de vida da pessoa assistida, deslocando o ato terapêutico do mero controle biomédico do corpo para o horizonte da existência singular de quem é cuidado.

Cabe destacar, numa perspectiva mais recente, o debate sobre o lugar das tecnologias no cuidar, em que Locsin (2005) propõe a Teoria da Competência Tecnológica como Cuidar em Enfermagem (*Technological Competency as Caring in Nursing*), na qual tecnologia e cuidado não figuram como polos opostos, mas como expressões complementares: a competência no uso ético e habilidoso da tecnologia é, ela mesma, um modo de conhecer a pessoa cuidada em sua integralidade (Krel et al., 2022).

Longe de esgotar as bases teóricas do cuidado profissional e as teorias de enfermagem, cabe destacar que estas deslocam a compreensão do cuidado do campo filosófico para o “chão de fábrica”, no cerne da produção do cuidado em saúde. Nesse aspecto, é preciso debruçar-se sobre o terreno cotidiano em que o cuidado se faz trabalho, o cuidador se faz trabalhador, e o encontro terapêutico passa a ser organizado por instituições, normas, relações de poder e adentrar nos aspectos micropolíticos que atravessam o dia a dia das práticas em saúde.

O cuidado mediado pela tecnologia: de instrumento a objeto das racionalidades algorítmicas

No senso comum, “tecnologia” evoca o aparelho, a tela, o aplicativo, o algoritmo, aquilo que, na tipologia de Merhy, classificamos como tecnologias duras ou leve-duras. Vale lembrar, contudo, que instrumentos aparentemente prosaicos do cotidiano dos serviços, prontuários, fichas de notificação, protocolos, check-lists, também são tecnologias em saúde: agilizam e normalizam o cuidado, mas, quando mobilizados sem planejamento, podem subtrair a singularidade da atenção e instaurar uma disputa entre o preenchimento dos impressos e a presença ao usuário (Mourão Netto, Dias & Goyanna, 2016). A era digital intensifica esse problema em outra escala: não nos proporciona apenas mais equipamentos e mais saberes estruturados, mas nos confronta com um regime de produção e circulação de informação cuja velocidade é inédita e cujos impactos na saúde individual e coletiva ainda mal conseguimos dimensionar.

Notificações em tempo real, prontuários eletrônicos compostos por uma enxurrada de campos obrigatórios, painéis de indicadores, protocolos atualizados semanalmente, literatura científica que cresce exponencialmente, redes sociais que despejam para usuários um fluxo contínuo de orientações, alertas e autodiagnósticos. Smartphones e dispositivos conectados operam,

simultaneamente, como instrumentos de monitoramento e de captura cognitiva, alimentando processos de dessubjetivação e perda de atenção que afetam trabalhadores e usuários (Quiroga & Bessa, 2024). Como lidar com esse fluxo acelerado, sendo parte desse processo como receptor e como interventor, no contexto em que o trabalhador de saúde deve intervir para cuidar a saúde dos indivíduos?

O problema, para a saúde coletiva, não está na presença da tecnologia, mas no fato de que esse excesso informacional disputa, minuto a minuto, o tempo e a atenção que sustentam as tecnologias leves: a escuta, o vínculo, o acolhimento. Quando o trabalhador precisa preencher quinze campos de sistema durante uma consulta de vinte minutos, o encontro vivo é comprimido pelo trabalho morto digitalizado. Schwaickardt et al., (2021), em uma recente revisão sobre a temática, destacam que uso excessivo de dispositivos digitais, agravado no contexto pandêmico, está associado a quadros de ansiedade, isolamento e fragilização dos vínculos sociais, com efeitos especialmente preocupantes em crianças e adolescentes, o que confirma que o problema da tecnologia em saúde extrapola o serviço e atinge a forma de adoecer da população.

Telas substituem salas de espera, algoritmos auxiliam diagnósticos, sensores vestíveis monitoram sinais vitais em tempo real e plataformas gerenciam itinerários terapêuticos. Esse cenário traz promessas genuínas, ampliação do acesso, diagnósticos mais precoces, continuidade do cuidado em regiões remotas, mas também riscos profundos que a saúde coletiva precisa enfrentar com rigor crítico.

A telemedicina, impulsionada dramaticamente pela pandemia de COVID-19, demonstrou ser um recurso viável para a manutenção da continuidade do cuidado. No Brasil, o período pandêmico acelerou o desenvolvimento e a incorporação de tecnologias digitais nos serviços públicos, incluindo aplicativos de tele orientação, prontuários eletrônicos e plataformas de monitoramento clínico do Ministério da Saúde, como o “Conecte SUS

Cidadão” e o app “Coronavírus”, evidenciando o potencial dessas ferramentas para superar barreiras geográficas e sustentar a continuidade do cuidado em regiões remotas (Celuppi et al., 2021). Ao mesmo tempo, os estudos revelaram tensões importantes: a mediação tecnológica pode tanto facilitar quanto dificultar a construção de vínculos terapêuticos, dependendo da qualidade da comunicação, das competências digitais dos profissionais e da realidade de conectividade dos usuários.

A inteligência artificial (IA), os algoritmos preditivos e o *big data* introduzem uma camada adicional de complexidade nessa transformação. Sistemas digitais já se incorporam ao cotidiano dos serviços de saúde no apoio à prática clínica, à educação permanente e à gestão das equipes, com expansão significativa de recursos de telessaúde na atenção primária brasileira (Bender et al., 2024). No SUS, ferramentas como prontuários eletrônicos, algoritmos preditivos, telessaúde e *big data* têm sido apresentadas como promessas de eficiência e ampliação do acesso, ao mesmo tempo em que reposicionam questões sobre desigualdade, privacidade e qualidade da relação clínica (Francesconi et al., 2025). A literatura sobre tecnologias móveis em saúde é enfática quanto ao ponto que mais nos interessa aqui: esses recursos só se sustentam eticamente quando associados a marcos regulatórios sólidos sobre proteção de dados, equidade de acesso aos dispositivos e responsabilidade profissional, sob pena de aprofundarem disparidades de saúde em vez de mitigá-las (Marengo et al., 2022).

É nesse impasse que a Teoria da Competência Tecnológica como Cuidar em Enfermagem, formulada por Rozzano Locsin (2005), oferece uma chave teórica fértil para a saúde coletiva. Ancorada na perspectiva de Boykin e Schoenhofer (Nursing as Caring), a teoria recusa a oposição corrente entre tecnologia e cuidado e propõe que a competência tecnológica, entendida como o uso conhecedor, habilidoso e eticamente orientado dos recursos disponíveis, pode ser, ela própria, uma expressão do cuidar, desde que mobilizada para conhecer continuamente a pessoa cuidada como um todo, e não para reduzi-la

a um conjunto de variáveis monitoráveis (Krel et al., 2022). Os processos que estruturam essa prática (*saber, projetar, participar e verificar*) descrevem um movimento em que a tecnologia não substitui o encontro, mas sustenta um conhecer dinâmico do sujeito assistido. A teoria de Locsin tem o mérito de nomear o risco que aqui discutimos: quando a tecnologia deixa de ser meio para conhecer o outro e passa a ser fim em si, o cuidado se esvazia. A questão central, portanto, não é se a tecnologia deve estar presente nas práticas de saúde, ela sempre esteve, sob formas diversas, mas qual tecnologia comanda o processo de trabalho. Para usar a tipologia de Merhy: quando as tecnologias duras e as plataformas digitais subordinam as tecnologias leves, o resultado tende à desumanização. Quando as tecnologias leves continuam sendo o eixo orientador, mesmo que mediadas por telas, o cuidado pode se manter vivo e relacional. É preciso reconhecer, porém, que mesmo as tecnologias leves não são imunes às lógicas que estruturam o trabalho no capitalismo: a relação intersubjetiva pode ser absorvida pelo trabalho abstrato, transformando-se em rotina padronizada, métrica de produtividade e mercadoria, o que exige da saúde coletiva uma crítica que vá além da oposição simples entre tecnologia dura e tecnologia leve (Souza, 2021).

Há uma dimensão da transformação digital que extrapola a relação clínica individual e incide sobre o campo político do cuidado: a dataficação. A saúde digital contemporânea se estrutura, em grande medida, a partir da centralidade dos dados e da automação algorítmica. Dispositivos de monitoramento remoto, prontuários eletrônicos inteligentes e plataformas de autorrastreamento convertem o corpo, as condutas e o cotidiano em fluxos contínuos de dados passíveis de análise preditiva e governança algorítmica (Francesconi et al., 2025).

Em diálogo com a releitura contemporânea de Foucault, pesquisadores têm articulado o conceito de panóptico digital para descrever esse fenômeno. Diferentemente do panoptismo clássico, restrito a espaços físicos e instituições disciplinares, o panóptico digital opera de forma difusa, em rede e ubíqua: a

vigilância não parte de uma torre central, mas de infraestruturas digitais que tornam a vida governável por dados, expropriando do usuário e do trabalhador o controle sobre informações íntimas, sob a chave do consumo e do mercado (Quiroga & Bessa, 2024). No campo da saúde, isso significa que o cuidado pode ser reordenado segundo métricas, scores e padrões normativos que deslocam a centralidade da narrativa do adoecimento e a dimensão relacional do encontro terapêutico.

Particularmente preocupante é a dinâmica da vigilância voluntária. O monitoramento digital é frequentemente apresentado como responsabilidade pessoal e autocuidado responsável; recusar a coleta de dados pode ser interpretado como negligência. Nessa chave, a vigilância se naturaliza como condição tácita do cuidado, deslocando o foco do direito à privacidade e à autodeterminação para uma governança centrada em desempenho e conformidade a padrões algorítmicos (Quiroga & Bessa, 2024).

Acrescentam-se a esse quadro os problemas de opacidade algorítmica, viés e discriminação. Algoritmos treinados em dados de populações específicas podem reproduzir e amplificar iniquidades existentes quando aplicados a populações distintas. A falta de transparência nos processos decisórios automatizados, a chamada caixa-preta (*black box*), dificulta a responsabilização ética e o controle democrático das tecnologias de saúde.

A literatura sobre saúde digital aponta que uma incorporação eticamente sustentável das tecnologias exige, além da regulação técnica, uma reafirmação política do cuidado como prática relacional. Governança democrática de dados, marcos regulatórios sobre proteção e compartilhamento de informações, participação das comunidades na definição de algoritmos de triagem e auditoria pública dos sistemas de IA em saúde são condições indispensáveis para que a transformação digital não se converta em nova forma de exclusão e controle (Marengo et al., 2022; Francesconi et al., 2025).

Conclusão

O cuidado é, em si, uma categoria irreduzível à simplificação teórico-conceitual. Não cabe em nenhum protocolo, não se automatiza completamente e não se esgota em nenhuma definição. Não obstante, para a saúde coletiva a análise do cuidado segue sendo necessária à compreensão da complexidade que define o ato de cuidar.

Nesse liame, a ontologia do cuidado se mantém viva e necessária diante das revoluções tecnológicas porque ela diz respeito àquilo que nenhum algoritmo pode substituir: a presença de um ser humano que importa com o outro, que se move pelo outro, que se responsabiliza pelo outro. Não apenas enquanto houver adoecimento, mas enquanto houver vida, haverá a necessidade desse encontro. E enquanto houver desigualdade, haverá a necessidade de que esse encontro seja não apenas técnico, mas político, crítico e emancipador.

O desafio que se apresenta à saúde coletiva contemporânea é, portanto, duplo: defender o cuidado como direito universal, como estabelece a recente Política Nacional de Cuidados (Brasil, 2024, 2025), e garantir que as transformações técnicas e tecnológicas, que vem marcando a realidade do cuidado em saúde na contemporaneidade, se submetam a essa direção ética, e não o contrário. Cuidar, em última instância, é um ato de humanidade que precisa ser permanentemente reinventado, eticamente sustentado e insistentemente defendido, sobretudo frente aos desafios sociais que se impõem no Brasil.

Referências

- Anéas, T. V., & Ayres, J. R. C. M. (2011). Significados e sentidos das práticas de saúde: a ontologia fundamental e a reconstrução do cuidado em saúde. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, 15(38), 651–662.
- Ayres, J. R. C. M. (2004). O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*, 13(3), 16–29.

Ayres, J. R. C. M. (2005). Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3), 549-560.

Barros, N. F. (2021). Cuidado emancipador. *Saúde e Sociedade*, 30(1), e200380. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021200380>

Bender, J. D., et al. (2024). O uso de Tecnologias de Informação e Comunicação em Saúde na Atenção Primária à Saúde no Brasil, de 2014 a 2018. *Ciência & Saúde Coletiva*, 29(1), 1-9.

Boff, L. (1999). *Saber cuidar: ética do humano - compaixão pela Terra*. Vozes.

Brasil. (2024). Lei nº 15.069, de 23 de dezembro de 2024. Institui a Política Nacional de Cuidados. *Diário Oficial da União*.

Brasil. (2025). Decreto nº 12.562, de 23 de julho de 2025. Institui o Plano Nacional de Cuidados. *Diário Oficial da União*.

Celuppi, I. C., Lima, G. S., Rossi, E., Wazlawick, R. S., & Dalmarco, E. M. (2021). Uma análise sobre o desenvolvimento de tecnologias digitais em saúde para o enfrentamento da COVID-19 no Brasil e no mundo. *Cadernos de Saúde Pública*, 37(3), e00243220. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00243220>

Erdmann, A. L., et al. (2009). A ciência da enfermagem com foco no cuidado: caminhos da epistemologia da enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(3), 388-393.

Feuerwerker, L. C. M. (2014). Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação. *Hucitec*.

Foucault, M. (1984). *História da sexualidade III: o cuidado de si*. Graal.

Foucault, M. (2012). *Microfísica do poder* (R. Machado, Org. e Trad.). Graal.

Francesconi, L. R., Santos Filho, M. B., Medeiros, R. C. N., Martins, E. R. L. P., Vieira, J. C., Ramos, G. P. D., Beserra Junior, C. R., Gonçalves, K. C. S., Feitosa, M. S. C. X., & Diniz, M. B. S. (2025). Saúde coletiva na era digital: desafios e oportunidades para a inovação no SUS. *Lumen et Virtus*, 16(47), 3805-3813. <https://doi.org/10.56238/levv16n47-063>

Franco, T. B. (2015). O reconhecimento de uma produção subjetiva do cuidado. In E. E. Merhy & H. M. Magalhães Júnior (Orgs.), *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público*. Hucitec.

Franco, T. B., & Hubner, L. C. M. (2020). Trabalho criativo e cuidado em saúde. *Saúde e Sociedade*, 24(supl. 1), 102-114.

Heidegger, M. (1995). *Ser e tempo*. Vozes. (Original publicado em 1927).

Horta, W. A. (1979). *Processo de enfermagem*. EPU.

Krel, C., Vrbnjak, D., Bevc, S., Štiglic, G., & Pajnikihar, M. (2022). Technological Competency As Caring in Nursing: a description, analysis and evaluation of the theory. *Zdravstveno Varstvo / Slovenian Journal of Public Health*, 61(2), 115-123. <https://doi.org/10.2478/sjph-2022-0016>

Leininger, M. M. (1991). *Culture care diversity and universality: A theory of nursing*. National League for Nursing Press.

Locsin, R. C. (2005). *Technological competency as caring in nursing: A model for practice*.

Sigma Theta Tau International.

Lukács, G (2013). Para uma ontologia do ser social II. Boitempo.

Marengo, L. L., Kozyreff, A. M., Moraes, F. S., Maricato, L. I. G., & Barberato-Filho, S. (2022). Tecnologias móveis em saúde: reflexões sobre desenvolvimento, aplicações, legislação e ética. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 46, e37. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.37>

Merhy, E. E. (1997). Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In E. E. Merhy & R. Onocko (Orgs.), *Praxis en salud: un desafío para lo público* (pp. 71-112). Hucitec.

Merhy, E. E. (2002). Saúde: a cartografia do trabalho vivo. Hucitec.

Merhy, E. E. (2006). O cuidado é um acontecimento, e não um ato. In Conselho Federal de Psicologia, *Anais do I Fórum Nacional de Psicologia e Saúde Pública: contribuições técnicas e políticas para avançar o SUS* (pp. 69–78). CFP.

Merhy, E. E. (2007). Cuidado com o cuidado. Mimeo.

Merhy, E. E. (2013). O cuidado é um acontecimento e não um ato. In T. B. Franco & E. E. Merhy (Orgs.), *Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos* (pp. 138–148). Hucitec.

Merhy, E. E., & Feuerwerker, L. C. M. (2009). Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In A. C. S. Mandarino & E. Gomberg (Orgs.), *Leituras de novas tecnologias e saúde* (pp. 29–56). Editora UFS.

Merhy, E. E., & Feuerwerker, L. C. M. (2016). Novo olhar sobre as tecnologias de saúde. In R. Pinheiro & R. A. Mattos (Orgs.), *Razões públicas para a integralidade em saúde*. IMS/UERJ.

Merhy, E. E., Franco, T. B., & Hubner, L. C. M. (2023). Caleidoscópio do cuidado. *Saúde e Sociedade*, 32(4), e220582pt.

Mourão Netto, J. J., Dias, M. S. A., & Goyanna, N. F. (2016). Instrumentos enquanto tecnologia para a saúde. *Saúde em Redes*, 2(1), 65–72.

Nightingale, F. (1859). *Notes on nursing: What it is and what it is not*. Harrison.

Quiroga, F. L., & Bessa, R. (2024). A educação em tempos de smartphones e redes sociais: por uma crítica permanente no enfrentamento da dessubjetivação e monitoramento. *Linguagem e Tecnologia*, 17, e51341. <https://doi.org/10.1590/1983-3652.2024.51341>

Schwaickardt, A. S. M., Correia, A. R., Cruz, D. C., Sousa, L. E. F., & Teodoro, L. L. I. (2021). Uso excessivo de tecnologia e saúde pública. *Revista Movimenta*, 14(1), 139–152.

Sousa, S. G., Carvalho, M. F., Melo Júnior, E. B., & Macêdo, S. F. (2025). Estratégias de melhoria do acesso à atenção primária em saúde: revisão de escopo. *Revista de Atenção à Saúde*, 23, e20259689. <https://doi.org/10.13037/ras.vol23.e20259689>

Souza, D. O. (2021). Cuidado em saúde e alienação: relação mediada pela tecnologia. *Interface (Botucatu)*, 25, e200776. <https://doi.org/10.1590/Interface.200776>

Tronto, J. C. (2015). *Who cares? How to reshape a democratic politics*. Cornell University Press.

Watson, J. (1979). *Nursing: The philosophy and science of caring*. Little Brown.



CAPÍTULO 2

DETERMINANTES SOCIAIS, INIQUIDADES E CUIDADO NO TERRITÓRIO: FUNDAMENTOS PARA A PRÁTICA EM SAÚDE COLETIVA

Mailson Fontes de Carvalho
Marcelo Raimundo de Souza Filho
Luis Eduardo Soares Santos
Suyanne Freire de Macêdo

Sobre este capítulo:

Este capítulo percorre a evolução histórica dos modelos explicativos do processo saúde-doença — da racionalidade mágico-religiosa e hipocrática à determinação social contemporânea —, articula as teorias estruturantes dos Determinantes Sociais da Saúde, a Teoria Ecosocial e o gradiente social, e dialoga com os conceitos de interseccionalidade e vulnerabilidade, para reafirmar a equidade, a territorialização e a gestão do cuidado como respostas necessárias ao enfrentamento das iniquidades em saúde.

Por que alguns grupos populacionais adoecem e morrem mais cedo do que outros? Essa pergunta constitui o fio condutor deste capítulo, que

pretende apresentar conceitos e reflexões sobre o tema. A resposta, como veremos, não deve ser encontrada apenas nos genes, nos microrganismos ou nos comportamentos individuais. Ela reside, principalmente, nas condições em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, nas estruturas sociais, econômicas e políticas que distribuem de forma desigual os recursos, os riscos e as oportunidades de uma vida saudável (Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde [CDSS], 2010; CNDSS, 2008).

As definições de saúde, doença e cuidado têm perspectiva e historicidade distintas, e percorrer essa trajetória é condição para compreender, em bases histórico-conceituais, como se chegou às formulações atuais sobre o processo saúde-doença.

O processo saúde-doença não é um fenômeno exclusivamente biológico, mas uma construção histórica e social. Ignorar essa dimensão significa tratar o adoecimento como fato natural e imutável, ocultando as forças sociais que o produzem e reproduzem (Scliar, 2002; Sá et al., 2017). Ao longo da história da medicina e da saúde pública, distintos paradigmas explicativos se sucederam, perpassando desde as explicações mágico-religiosas até a mais recente compreensão de determinação social, revelando, em cada tempo e espaço, dimensões antes invisíveis do adoecimento humano.

Neste capítulo busca-se percorrer essa trajetória, partindo da perspectiva da determinação social, perpassando pelas teorias estruturantes dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS), da Teoria Ecosocial de Krieger (2011) e do aspeto de gradiente social de Marmot (2004), evidenciando como a desigualdade produz adoecimento e morte. Em seguida, articulam-se os conceitos de interseccionalidade (Akotirene, 2019; Crenshaw, 1991) e vulnerabilidade (Ayres et al., 2003), fundamentais ao debate neste campo, e expectativas de resposta às iniquidades, ancorada nos princípios de equidade, territorialização e gestão do cuidado.

Evolução histórica e modelos explicativos de saúde

Da magia à racionalidade hipocrática: as primeiras rupturas

Nas sociedades antigas, o adoecimento era interpretado sob uma estrutura mágico-religiosa: o corpo humano estava inserido em uma ordem cósmica regida por entidades sobrenaturais, cuja vontade determinava a saúde ou a doença. Xamãs, pajés, sacerdotes e benzedeiros detinham o monopólio do cuidado, operando por meio de rituais, evocações e rezas (Sá et al., 2017). Esse sistema cumpria uma função de coesão social e de explicação do sofrimento coletivo, ainda que limitado pela ausência de instrumentos empíricos de observação.

A primeira grande ruptura ocorreu na Grécia Clássica. Hipócrates de Cós (460-377 a.C.) inaugurou o método observacional ao investigar, em Ares, Águas e Lugares, os fatores ambientais associados às doenças: o clima, a qualidade da água e do solo, o modo de vida e a alimentação das populações. Nessa obra emergiram os termos *endemia* (doenças que permanecem de forma estável em determinado território) e *epidemia* (surtos explosivos de casos) (Scliar, 2002; Sá et al., 2017).

A tradição hipocrática também formulou a teoria dos quatro humores, segundo a qual o organismo era constituído por sangue, fleuma, bile amarela e bile negra, correspondentes, respectivamente, aos elementos ar, água, fogo e terra. Cada humor possuía qualidades específicas (quente, frio, seco e úmido) e mantinha relação com as estações do ano, a idade, os temperamentos e as condições ambientais. A saúde era compreendida como um estado de equilíbrio (*eucrasia*) entre esses componentes, enquanto a doença decorria de seu desequilíbrio (*discrasia*), provocado por fatores como alimentação, clima, hábitos de vida e características do ambiente. Essa concepção reforçava a ideia de que o ser humano integrava a ordem da natureza, estabelecendo uma relação dinâmica entre corpo, ambiente e modo de vida (Hippocrates, 1978; Nutton, 2013).

Assim, a contribuição hipocrática foi dupla: rompeu com a explicação sobrenatural e inaugurou uma visão ecológica da saúde-doença. Seus limites, porém, foram reais: a observação empírica não se convertia em experimentação científica, e a concepção de equilíbrio com o meio não questionava as relações sociais que determinavam as condições de vida.

Da modernidade ao silêncio dos órgãos

Na Idade Média europeia, o cristianismo reforçou a compreensão da doença como sinal de pecado e da cura como questão de fé. O cuidado se organizou nos hospitais administrados por ordens religiosas, espaços de abrigo mais do que de tratamento (Scliar, 2007; Lourenço et al., 2012). A modernidade trouxe deslocamentos profundos: Paracelso (1493-1541) atribuiu as doenças a agentes externos ao organismo, abrindo caminho para a química terapêutica; Descartes consolidou, no século XVII, o dualismo mente-corpo, postulando o corpo como máquina; e o desenvolvimento da anatomia deslocou a doença dos humores para os órgãos. Bichat (1771-1802) sintetizaria esse novo olhar com a fórmula segundo a qual a saúde seria o “silêncio dos órgãos” (Scliar, 2007).

A revolução pasteuriana e o modelo biomédico

O final do século XIX consagrou o que ficou conhecido como revolução pasteuriana. Os trabalhos de Pasteur, Koch e outros revelaram microrganismos causadores de doenças e tornaram possível a produção de soros e vacinas, instalando a era bacteriológica (Scliar, 2007; Oliveira & Egry, 2000). A vertente ontológica do adoecimento, a doença como entidade externa que invade o corpo, firmou-se vitoriosa e levou ao progressivo abandono dos critérios sociais até então acumulados pela polícia médica alemã, pela medicina urbana

francesa e pelo sanitarismo inglês (Oliveira & Egry, 2000). Consolidou-se um modelo de causalidade orientado pelo agente etiológico individualizado e por intervenções focalizadas no corpo doente, base do que se denominaria modelo biomédico, cuja crise viria a ser explicitamente formulada apenas no século XX, sobretudo a partir das críticas de Engel (1989) e da própria Determinação Social da Saúde (Furtado, 2026).

Em paralelo à bacteriologia, formaram-se as bases estatísticas e epidemiológicas da saúde pública. O termo estatística deriva do alemão Statistik, e o desenvolvimento dessa ciência coincide com o surgimento dos Estados centralizados que passavam a observar contabilmente a vida das populações (Scliar, 2007). Em 1826, Villermé publicou o *Tableau de l'état physique et moral des ouvriers*, mostrando que a mortalidade nos diferentes bairros de Paris era condicionada sobretudo pelo nível de renda. Em 1842, Chadwick produziu na Inglaterra o relatório “As condições sanitárias da população trabalhadora da Grã-Bretanha”, que motivaria o *Public Health Act* de 1848. Em 1854, John Snow demonstrou, por meio do estudo do cólera em Londres, o caráter transmissível da doença, lançando as bases metodológicas da epidemiologia moderna (Scliar, 2007; Oliveira & Egry, 2000). Esboçavam-se ali as primeiras evidências sistemáticas da determinação social do processo saúde-doença.

Da História Natural das Doenças à multicausalidade

Já no século XX, Leavell e Clark (1976) sistematizaram a chamada História Natural das Doenças, propondo um modelo de prevenção em três níveis (primária, secundária e terciária) que orientaria a saúde pública por décadas. O esquema operava com a tríade agente-hospedeiro-meio e estendia o olhar do agente etiológico para fatores ambientais e comportamentais. Esse arranjo desdobrou-se no paradigma da multicausalidade, no qual a doença

é atribuída a redes de fatores inter-relacionados (Oliveira & Egry, 2000; Garbois et al., 2017). Apesar de sua positividade, o modelo multicausal não consegue hierarquizar os fatores nem revelar o peso relativo de cada um, paradoxo que, na prática, frequentemente o reduz à unicausalidade dos estilos de vida individuais (Oliveira & Egry, 2000).

A medicina social latino-americana e a ruptura da Determinação Social

A crítica mais consistente ao modelo multicausal nasce, nos anos 1970, da medicina social latino-americana. Laurell (1983), Breilh (2013) e seus interlocutores argumentam que os fatores enumerados pela epidemiologia tradicional são, eles próprios, expressões de processos mais profundos: a forma como a sociedade organiza a produção, distribui a riqueza e hierarquiza grupos sociais. A teoria da Determinação Social da Saúde reorienta a análise da soma de fatores para o modo de reprodução social, articulando três dimensões: singular (indivíduos e famílias), particular (grupos sociais e suas formas de reprodução) e estrutural (estrutura social e econômica do território) (Oliveira & Egry, 2000; Breilh, 2013). Pesquisas recentes têm aprofundado essa formulação, mostrando que o substrato biológico humano é suprasumido pelo social: a epigenética, a plasticidade biológica e a categoria vygotskiana de vivência evidenciam como as condições materiais e simbólicas da vida se inscrevem no corpo (Furtado, 2026).

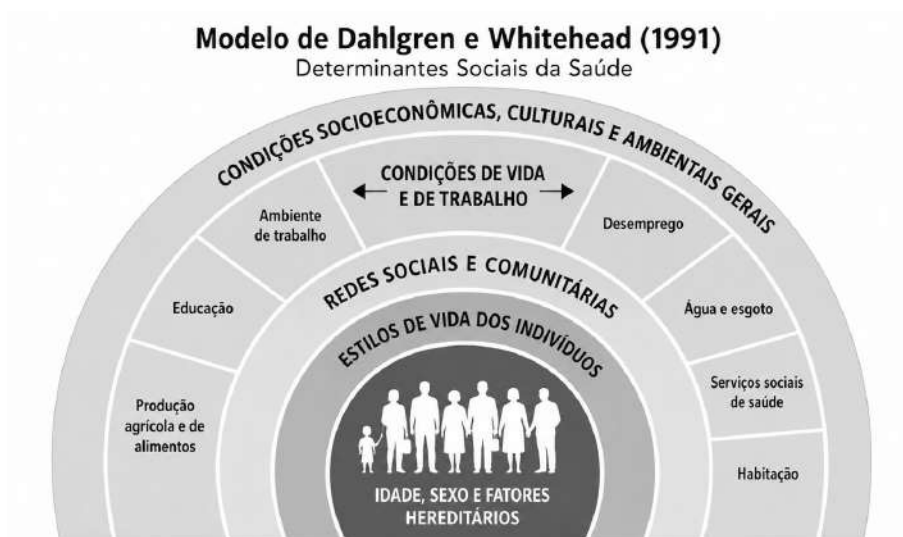
A perspectiva invertida

Tomadas em conjunto, essas formulações sustentam o que se pode chamar de perspectiva invertida do cuidado: em vez de organizar o sistema de

saúde a partir da doença instalada e de seu tratamento individual, organizá-lo a partir das condições que produzem saúde e adoecimento: moradia, trabalho, renda, território, racismo, gênero, acesso à educação. Sob essa perspectiva, as ações sobre o agravo são necessárias, mas insuficientes: o enfrentamento das iniquidades exige atuar sobre os determinantes mesmos da distribuição desigual da saúde (CDSS, 2010; Garbois et al., 2017).

Dos determinantes ao gradiente social da saúde: teorias estruturantes

Em 2005, a Organização Mundial da Saúde (OMS) criou a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde (CDSS), que definiu os DSS como as circunstâncias em que as populações nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, moldadas por forças de ordem política, social e econômica (CDSS, 2010). No Brasil, a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS, 2008) definiu os DSS como os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população. O modelo de Dahlgren e Whitehead (1991), ilustrado na figura a seguir, adotado pela CNDSS e pela OMS, organiza esses determinantes em camadas concêntricas (dos fatores individuais aos macrodeterminantes econômicos, culturais e ambientais), atravessadas pela coesão social e pelo capital social (Garbois et al., 2017).



Fonte: Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health.
Stockholm: Institute for Futures Studies; 1991.

Breilh (2013) alerta, porém, que essa abordagem tende a converter estruturas sociais em variáveis mensuráveis, perdendo de vista os processos geradores das desigualdades, isto é, a lógica do modo de produção capitalista e suas contradições. A tensão entre ‘determinantes’ (perspectiva da OMS) e ‘determinação’ (medicina social latino-americana) não é apenas semântica: ela define o projeto político que orienta a ação em saúde, se voltada para ajustes nos fatores de risco ou para a transformação das estruturas que os produzem.

Buscando operacionalizar essa discussão sem abandonar sua complexidade, Solar e Irwin (2010), no relatório final da CDSS, propuseram uma distinção analítica entre determinantes estruturais, isto é, o contexto socioeconômico e político, e a posição social definida por classe, gênero, raça/etnia e escolaridade; e determinantes intermediários, compreendidos como condições materiais de vida, fatores comportamentais e psicossociais, e o próprio sistema de saúde. Essa diferenciação permite localizar, dentro do modelo em camadas de Dahlgren e Whitehead, onde efetivamente se originam

as desigualdades (na estrutura social) e por quais vias elas se traduzem em adoecimento desigual (os mecanismos intermediários), evitando que a análise se detenha apenas na superfície dos comportamentos individuais.

No campo da Saúde Coletiva brasileira, esse debate dialoga diretamente com a tradição da medicina social latino-americana, que antecede e fundamenta boa parte da crítica de Breilh. Laurell (1983) já afirmava que a saúde-doença deve ser compreendida como processo social, determinado pela forma como cada classe social se insere no contexto do trabalho e na reprodução da força de trabalho sob o capitalismo. Fortalecendo esse prisma analítico, Paim (2008) recupera essa matriz teórica ao discutir a Reforma Sanitária Brasileira, destacando que o conceito de determinação social da saúde, incorporado ao próprio texto constitucional do Sistema Único de Saúde (SUS), expressa um projeto de saúde como direito vinculado à transformação das condições de vida e trabalho, e não apenas como ausência de doença.

Essa tensão entre os determinantes e determinação não surge no vácuo teórico, mas recupera uma discussão que remonta, por exemplo, à medicina social do século XIX. Rudolf Virchow, ao investigar a epidemia de tifo na Salésia em 1848, enfatizou que a medicina é uma ciência social e que a política nada mais é do que a medicina em larga escala, ou seja, afirmação que antecipa a ideia de que o adoecimento das populações está indissociavelmente ligado às condições políticas e econômicas em que vivem. Nesse sentido, a medicina social latino-americana, da qual Breilh é um dos principais expoentes contemporâneos, recupera essa tradição crítica ao insistir que não bastam descrições estatísticas das desigualdades: é preciso, sobretudo, explicitar os processos históricos e os modos de produção que as geram (Rosen, 1994).

A Teoria Ecosocial de Krieger (2011): o corpo como território da desigualdade

A epidemiologista Nancy Krieger (2011) propôs a Teoria Ecosocial para superar os limites da epidemiologia clássica de fatores de risco. A teoria é organizada em torno de três eixos: a incorporação biológica (embodiment), pela qual as pessoas literalmente incorporam em seus corpos as condições em que vivem, desde a vida intrauterina até a velhice; a trajetória do ciclo de vida, em que os efeitos das condições sociais se acumulam ao longo do tempo, produzindo perfis biológicos distintos entre grupos populacionais; e os determinantes societários, isto é, processos históricos de exploração, racismo e desigualdade que moldam ativamente os corpos. A teoria ecosocial oferece uma ponte entre o rigor metodológico da epidemiologia anglo-saxônica e a crítica estrutural da medicina social latino-americana (Morales, 2013).

A autora recusa o que denomina “epidemiologia da caixa-preta”, isto é, a associação estatística entre exposição e desfecho sem qualquer teorização sobre os mecanismos que produzem essa relação. Em seu lugar, propõe perguntar não apenas “o quê” está associado ao adoecimento, mas “quem e o quê” é responsável por gerar os padrões observados de saúde, doença e bem-estar entre populações. As vias de incorporação (pathways of embodiment) descritas pela autora incluem desde exposições materiais e tóxicas até processos psicossociais de discriminação e estresse crônico, que interagem com sistemas biológicos (neuroendócrino, imunológico, cardiovascular) ao longo da vida, produzindo o que ela chama de interação cumulativa entre exposição, suscetibilidade e resistência (Krieger, 2011).

É importante destacar que essa formulação tem implicações diretas para a compreensão do racismo como determinante da saúde. Ao situar o corpo como território onde se inscrevem processos históricos de exploração e discriminação, a teoria ecosocial fornece base conceitual para entender por que populações negras e indígenas apresentam, sistematicamente, piores indicadores

de saúde mesmo quando se controla estatisticamente por renda e escolaridade, evidenciando que o racismo opera como determinante autônomo, e não apenas como proxy de desvantagem socioeconômica (Krieger, 2011; Morales, 2013).

Krieger (2011) insiste, também, em um quarto elemento, transversal aos demais: a questão da *accountability and agency*, ou seja, da responsabilização e da capacidade de agência diante das desigualdades incorporadas. Trata-se de perguntar quem se beneficia e quem é prejudicado pelos arranjos sociais vigentes, e quais atores (Estado, indústria, sociedade civil) têm o poder e o dever de transformá-los.

Em síntese, a Teoria Ecosocial de Krieger desloca o olhar epidemiológico do indivíduo isolado para o conjunto de relações ecológicas e sociais em que os corpos estão inseridos, integrando dimensões biológicas, históricas e políticas que a epidemiologia de fatores de risco tradicionalmente trata de forma fragmentada. Ao articular incorporação biológica, trajetória de vida e determinantes societários em um único arcabouço, a teoria oferece não apenas uma ferramenta analítica mais robusta para explicar as desigualdades em saúde, mas também um chamado à ação: se as desigualdades sociais se inscrevem literalmente nos corpos, intervir sobre elas exige transformar as estruturas que as produzem, e não apenas tratar seus efeitos biológicos isolados, princípio que, como se verá a seguir, encontra eco direto no gradiente social da saúde descrito por Marmot (2004).

O gradiente social da saúde e o paradoxo da desigualdade

Michael Marmot (2004), a partir de estudos com servidores públicos britânicos, demonstrou empiricamente o gradiente social da saúde: quanto mais baixa a posição socioeconômica, piores os desfechos em saúde e menor a expectativa de vida, e isso vale para praticamente qualquer doença investigada.

O dado mais revelador foi que nenhum dos funcionários pesquisados era materialmente destituído: todos tinham emprego estável e acesso ao sistema universal de saúde. Ainda assim, os homens nas categorias hierárquicas inferiores apresentavam mortalidade por doença coronariana três vezes maior do que os administradores de alto nível. Buss e Pellegrini Filho (2007) destacam que os fatores de risco individuais clássicos (colesterol, tabagismo, hipertensão) explicavam apenas 35-40% das diferenças de mortalidade; os 60-65% restantes eram atribuíveis aos DSS.

Buscando explicar esse excedente de risco não atribuível aos fatores biomédicos clássicos, o próprio Marmot e colaboradores demonstraram, na continuidade dos estudos Whitehall, que o grau de controle sobre o próprio trabalho (autonomia para tomar decisões, variedade de tarefas, ritmo da atividade) era um preditor independente e robusto de doença coronariana, mesmo após ajuste para os fatores de risco tradicionais (Marmot et al., 1997). Esse achado sustenta o conceito de “síndrome do status”, segundo o qual a posição social atua sobre a saúde menos pela privação material direta e mais pela experiência subjetiva de controle, reconhecimento e participação social que cada posição na hierarquia proporciona.

O paradoxo da desigualdade revela que não é apenas a pobreza absoluta que adoece e mata, mas a distância entre ricos e pobres. Sociedades mais igualitárias apresentam melhores indicadores de saúde mesmo com renda per capita inferior às sociedades desiguais: a desigualdade de renda corrói os laços de solidariedade e confiança, gera estresse crônico por percepção de status inferior e impede a construção de infraestrutura coletiva adequada (Buss & Pellegrini Filho, 2007; Wilkinson, 1996). No Brasil de 2024, os 10% mais ricos tinham rendimentos 15,5 vezes superiores aos dos 40% mais pobres, com índice de Gini de 0,534 nas metrópoles, posicionando o país como o segundo mais desigual entre os 40 países comparados pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], 2025). Esse cenário evidencia que a agenda

sanitária comprometida com a equidade precisa ser também uma agenda de redistribuição de poder, renda e oportunidades.

Foi justamente a partir dessa evidência acumulada que a própria Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde (WHO Commission on Social Determinants of Health, 2008), em seu relatório final “Closing the Gap in a Generation”, estruturou suas recomendações em três pilares articulados: melhorar as condições de vida cotidianas; enfrentar a distribuição desigual de poder, dinheiro e recursos entre os grupos sociais; e medir e compreender o problema, monitorando a ação e ampliando a base de conhecimento sobre os DSS. Essa formulação reforça que o gradiente social e o paradoxo da desigualdade não são apenas achados epidemiológicos a serem descritos, mas evidências que demandam intervenção política deliberada sobre as relações de poder que produzem a hierarquia social; um ponto de partida necessário para pensar, como propõe este capítulo, os cuidados em saúde situados no território.

Em conjunto, o gradiente social da saúde e o paradoxo da desigualdade revelam que a posição que cada indivíduo ocupa na hierarquia social, e não apenas a presença ou ausência de privação material absoluta, é um determinante poderoso e mensurável do adoecimento e da morte prematura. Essa constatação articula-se diretamente aos demais fundamentos discutidos nesta seção: confirma empiricamente a tese da determinação social proposta pela medicina social latino-americana (Breilh, 2013; Laurell, 1983) e ilustra, em escala populacional, os mecanismos de incorporação biológica descritos pela Teoria Ecosocial de Krieger (2011); a hierarquia social não apenas se associa a piores desfechos, ela se inscreve no corpo ao longo do curso da vida. Portanto, reconhecer esse gradiente como produto de relações de poder, e não como um dado natural ou individual, é o que desloca o debate dos determinantes sociais da saúde do plano estritamente epidemiológico para o plano da ação: é partir dessa compreensão que se torna possível pensar, como proposto na sequência deste capítulo, cuidados em saúde efetivamente situados no território, capazes de responder às desigualdades que produzem o próprio padrão de adoecimento das populações.

O conceito estrutural de iniquidade em saúde

A humanidade está distribuída em territórios que apresentam diferenças ambientais, culturais, históricas, sociais, econômicas, dentre outras. Essas diferenças vão influenciar na forma como as pessoas adoecem e também como recebem cuidados. Assim, quando essas diferenças se tornam injustas, geralmente pela concentração das riquezas e do poder, ocorrem as iniquidades em saúde.

As desigualdades em saúde se materializam em maior exposição aos fatores de adoecimento, tais como a fumaça, em dificuldade de acesso aos serviços de saúde ou ao melhor tratamento e em diferentes formas de morrer, a exemplo das baixas expectativas de vida em países africanos. Essas desigualdades atingem países pobres e ricos e se manifestam conforme a organização social e política de cada região. Em países onde o governo usa os mecanismos fiscais para promover redistribuição da riqueza nacional as diferenças entre os grupos sociais tendem a diminuir (Barreto, 2017).

É indispensável diferenciar as desigualdades em saúde que decorrem de variações biológicas ou individuais daquelas produzidas pela organização social. Apenas as segundas configuram iniquidades. Margaret Whitehead (1991) definiu as iniquidades em saúde como diferenças sistemáticas, desnecessárias, evitáveis e injustas, ou seja, desigualdades que resultam de escolhas políticas, estruturas econômicas e arranjos institucionais sobre os quais a sociedade tem capacidade de agir. Vale ressaltar que cabe à sociedade reconhecer as injustiças e pleitear ações políticas para minimizá-las.

Para promover a equidade em saúde a nível internacional a OMS criou em 2005 a Comissão de Determinantes Sociais da Saúde (WHO, 2008). Posteriormente, esse grupo lançou um relatório que convocava o mundo a agir em três dimensões fundamentais: melhorar as condições de vida da população; enfrentar as desigualdades na distribuição de recursos e poder; e produzir evidências sobre a magnitude dessas desigualdades, orientando intervenções e avaliando seus resultados. No Brasil, a CNDSS (2008) operacionalizou o

enfrentamento das desigualdades em saúde instrumentalizando a equidade enquanto princípio norteador para que a todos seja dada justa oportunidade de alcance do seu total potencial de saúde, sem que ninguém esteja em desvantagem para conquistá-lo. No contexto do SUS, isso se traduz na máxima de que equidade não é oferecer o mesmo para todos, mas oferecer mais para quem mais necessita (Carvalho et al., 2020).

Todavia, as iniquidades sanitárias e regionais permanecem atingindo uma parcela substancial da população brasileira. Dados do Censo Demográfico (IBGE, 2024) revelam que mais de 30 milhões de brasileiros ainda não têm acesso à água tratada e cerca de 37,5% da população não possui esgotamento sanitário adequado, um cenário concentrado de forma esmagadora nas periferias urbanas e nas regiões Norte e Nordeste. Essa escassez de infraestrutura básica não é um acidente geográfico; é o resultado de uma distribuição calculada de vulnerabilidades que o sistema de saúde herdará na forma de surtos repetitivos de arboviroses, doenças diarreicas agudas e desfechos evitáveis de morbimortalidade. Assim é possível observar que a iniquidade é, portanto, subproduto de um arranjo societário injusto agindo em desfavor de um grupo, resultando em maior adoecimento e morte.

Marcadores sociais estruturais: classe, raça e gênero

Classe social, raça/etnia e gênero são os principais eixos que estratificam as populações em posições hierárquicas diferenciadas de exposição ao risco, vulnerabilidade ao adoecimento e acesso ao cuidado (Garbois et al., 2017).

O racismo estrutural constitui um dos marcadores mais poderosos e, ao mesmo tempo, mais invisibilizados nos sistemas de saúde. Werneck (2016) demonstra que o racismo não opera apenas nas relações interpessoais, mas constitui uma lógica que organiza o acesso diferencial a recursos, serviços e proteção social. Uma recente

revisão evidenciou que segregação habitacional, práticas jurídicas discriminatórias, disparidade na qualidade da assistência clínica e injustiça ambiental foram as principais iniquidades sofridas pela população negra. Isso resultou em desfechos ruins nas áreas materno-infantil, câncer, doenças cardiovasculares, tratamento do HIV, saúde mental e COVID-19 (Kisa & Kisa, 2025).

No Brasil, o impacto do racismo como fator patogênico, produtor de doenças, é mensurável em dados epidemiológicos brutais. Relatórios do Ministério da Saúde e do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/DATASUS)(2023) apontaram de forma persistente que as mulheres pretas e pardas representaram cerca de 65% das mortes maternas no país. Leal et al. (2014) evidenciam o chamado “racismo obstétrico”, demonstrando que mulheres negras recebem menos anestesia local durante o parto e têm menor tempo de consulta com profissionais de saúde quando comparadas às mulheres brancas. Além disso, os processos crônicos de humilhação racial têm efeitos deletérios severos sobre a saúde mental, conduzindo a taxas epidemiológicas alarmantes de sofrimento psíquico intenso, depressão e ideação suicida entre jovens negros (Werneck, 2016; Goes et al., 2020).

As questões de gênero também contribuem para diversas desigualdades em saúde. Enquanto o sexo é uma constituição biológica, o gênero é constituído de forma social, logo, existem papéis e características que são culturalmente atribuídas a homens e a mulheres. Historicamente as relações de poder favoreceram o gênero masculino a ponto da OMS precisar estabelecer a “igualdade de gênero e o empoderamento de todas as mulheres e meninas” como objetivo dentre os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) 2015-2030. As principais metas estabelecidas foram: eliminar violências contra mulheres e meninas na esfera pública e privada, incluindo o tráfico e a exploração sexual; eliminar casamentos prematuros, forçados e mutilações sexuais; e garantir o acesso universal à saúde e aos direitos sexuais e reprodutivos.

O Atlas da Violência (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada [IPEA] & Fórum Brasileiro de Segurança Pública [FBSP], 2025) aponta a

persistência da violência contra a mulher como uma terrível desigualdade de gênero. Os autores ressaltam que mesmo em face ao “Pacote Antifeminicídio” (Lei nº 14.994/2024), que trouxe as mudanças mais profundas e rigorosas na legislação desde a criação da Lei do Feminicídio em 2015, a taxa de homicídio feminino não acompanhou a redução na taxa de homicídio da população geral. Em 2023, 3.903 mulheres foram mortas no Brasil e entre 2013 e 2023, 47.463.

Juridicamente, o feminicídio envolve pelo menos uma destas duas situações: crime praticado por alguém que tem ou teve uma relação de afeto com a vítima (marido, namorado, ex-companheiro, parentes) e crime motivado pelo preconceito de gênero - quando a mulher é vista como uma posse ou um ser de menos valia. As polícias frequentemente classificam o homicídio feminino ocorrido no domicílio como feminicídio, se considerarmos essa mesma lógica para a leitura dos dados do SIM, podemos inferir que 35% dos homicídios femininos notificados em 2023 foram motivados por questões de gênero.

As maiores taxas de homicídio feminino foram encontradas na região amazônica com taxa de 10,4 por 100 mulheres em Roraima, e 5,9 por 100 mil em Rondônia e no Amazonas. Essa iniquidade atinge contornos dramáticos quando analisamos a saúde dos povos indígenas e das comunidades quilombolas sob a ótica do racismo ambiental e territorial. O primeiro Censo de Quilombolas do país, realizado pelo IBGE (2023), escancarou que apenas 4,3% dos quilombolas vivem em territórios oficialmente titulados, e menos de um quarto deles têm acesso à rede geral de abastecimento de água. Na saúde indígena, pesquisas coordenadas pela Fiocruz e pelo Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas (Cardoso, 2019; Fiocruz, 2023) revelam taxas de desnutrição crônica infantil que superam 40% em territórios vulnerabilizados, como na TI Yanomami. O adoecimento dessas populações está diretamente vinculado à espoliação de suas terras, ao desmatamento e à contaminação de seus rios por mercúrio oriundo do garimpo ilegal. O território, portanto, deixa de ser apenas um espaço geográfico e passa a ser o determinante estrutural que define quem tem o direito de se manter vivo.

A incorporação da equidade na saúde exige, de igual modo, a fratura dos modelos *cisheteronormativos* que organizam as próprias instituições e saberes sanitários. A Teoria Queer, fundamentada em autoras como Judith Butler (2003) e expandida por pensadores das dissidências corporais como Paul B. Preciado (2020), demonstra que o gênero e a sexualidade não são dados biológicos imutáveis, mas construções sociais, políticas e performáticas reguladas por dispositivos de poder. Historicamente, a medicina e a saúde pública operaram como instâncias de controle, normatização e patologização dos corpos que escapam à norma *cisheterossexual*.

Para compreender como essas opressões estruturais se transformam em sintomas clínicos, o pensamento do psiquiatra Frantz Fanon (2008, 2020) é fundamental. Fanon demonstrou que o racismo e o colonialismo funcionam como verdadeiros fatores patogênicos, ou seja, estruturas ativas produtoras de doenças. O racismo penetra no psiquismo do sujeito colonizado e marginalizado, forçando-o a um processo alienante de negação de si. Na dimensão clínica, a lente fanoniana impede que a equipe de saúde reduza o sofrimento psíquico da população negra, indígena e LGBTQIAPN+ a meros desequilíbrios neurotransmissores a serem medicalizados. A depressão e a ansiedade crônica nesses grupos precisam ser lidas a partir da ferida colonial e social. A clínica da equidade, portanto, deve ser uma prática de desalienação.

A escrita de Audre Lorde (2019) sobre o adoecimento por câncer escancara como o modelo biomédico ocidental tenta destituir os sujeitos, especialmente as mulheres e populações marginalizadas, de sua autonomia corporal. Lorde argumenta que o cuidado com o corpo doente não pode ser um processo de silenciamento e disciplinarização; deve ser um espaço de autoconhecimento, reinvenção e poder político. Essa defesa da autodeterminação dos corpos ganha contornos institucionais no Brasil através do trabalho da socióloga Berenice Bento (2006, 2017) ao analisar as experiências trans no SUS. Bento critica radicalmente a patologização das identidades de gênero dissidentes. Historicamente, para acessar o direito

ao processo transexualizador ou a terapias hormonais, o sistema exigiu que pessoas trans e travestis fossem tuteladas por laudos psiquiátricos baseados em manuais de transtornos mentais, condicionando o cuidado à validação de uma norma cisgênera.

Atravessar o cuidado pelas perspectivas de Lorde e Bento exige que a saúde pública reorganize seus fluxos sob o paradigma da despatologização. Produzir equidade para as dissidências de gênero e sexualidade significa estruturar um acolhimento baseado na garantia de direitos, no respeito irrestrito ao nome social, na escuta do sofrimento sem pressuposição de desvio e no reconhecimento de que a vulnerabilidade dessas populações não reside em suas identidades, mas sim na violência social e institucional que as cerca.

Interseccionalidade e vulnerabilidade: superando o conceito de 'grupo de risco'

Os marcadores sociais de classe, raça, gênero, sexualidade e território não operam de forma isolada e aditiva. Eles se entrelaçam dinamicamente, produzindo experiências singulares de opressão e vulnerabilidade que nenhum eixo, isoladamente, é capaz de explicar. O conceito de interseccionalidade, cunhado por Kimberlé Crenshaw (1991) e sistematizado no Brasil por Carla Akotirene (2019), constitui a ferramenta teórico-metodológica que permite apreender essa complexidade. Para Akotirene (2019), a interseccionalidade impede os aforismos matemáticos hierarquizantes: não se trata de somar vulnerabilidades, mas de analisar, em cada contexto histórico, quais marcadores exercem maior influência na obstaculização de direitos e na produção das desigualdades. A Comissão da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2019) reafirmou que posição socioeconômica, raça/etnia, gênero, orientação sexual, condição de deficiência e situação migratória, isolados ou em combinação, são determinantes de graves desigualdades na saúde ao longo da vida.

Nesse sentido, como bem sistematiza Olena Hankivsky (2014), a análise interseccional em saúde coletiva serve para superar as limitações das abordagens de “eixo único” (focadas apenas em classe ou apenas em gênero, por exemplo), que frequentemente falham em capturar as realidades de grupos multifacetados. Hankivsky (2014) aponta que a interseccionalidade não busca categorizar as pessoas em novos subgrupos fixos de sofrimento, mas sim visibilizar como as estruturas macroeconômicas e institucionais de poder moldam ativamente as prioridades de pesquisa, o financiamento público e a própria oferta de serviços de saúde. Compreender esse conceito significa entender que políticas públicas baseadas em um “sujeito universal” acabam, involuntariamente, aprofundando as iniquidades que pretendiam combater.

Para exemplificar as limitações das abordagens de eixo único, imaginemos o desenho de uma campanha convencional de rastreamento do câncer de colo de útero (o exame preventivo de Papanicolau). Se a gestão em saúde desenha a estratégia a partir de um “eixo único” (focando genericamente apenas na categoria biológica “mulher”), ela produz exclusões em massa. A campanha falhará ao não perceber que um homem trans (gênero dissidente) mantém o útero e o colo uterino, mas enfrenta barreiras institucionais e transfobia crônica para acessar o exame; falhará ao ignorar que uma mulher indígena em território isolado exige profissionais mulheres e tradutores que compreendam sua língua e cosmologia; e falhará com a mulher trabalhadora doméstica periférica, cuja urgência de classe a impede de faltar ao emprego informal em horário comercial para aguardar atendimento por agendamento prévio. A universalidade sem interseccionalidade é, portanto, uma universalidade excludente.

José Ricardo Ayres (2003) propôs o conceito de vulnerabilidade em substituição à lógica do ‘grupo de risco’, que tendia a culpabilizar os próprios sujeitos pelo adoecimento. A vulnerabilidade é compreendida em três dimensões: a individual (valores, conhecimentos e redes de suporte disponíveis); a social (relações de classe, raça, gênero e acesso a direitos); e a

programática, a mais reveladora politicamente, que diz respeito às falhas do próprio Estado e dos sistemas de saúde em acolher as populações, manifestadas na ausência de políticas específicas, nas barreiras institucionais ao acesso e na insuficiência do controle social (Werneck, 2016; Goes et al., 2020).

A dimensão programática desloca a responsabilidade pelo adoecimento do indivíduo para as instituições, tornando visível a produção ativa de vulnerabilidade por parte do Estado quando falha em cumprir seu papel. Quando uma unidade de saúde não possui intérprete para uma comunidade indígena, ou quando um profissional se recusa a utilizar o nome social de uma travesti, o sistema de saúde não está apenas “falhando em acolher”, ele está produzindo ativamente a iniquidade e o adoecimento. O trauma institucional e o estresse minoritário afastam esses sujeitos dos cuidados preventivos, empurrando-os para diagnósticos tardios e desfechos letais. É essa vulnerabilidade estrutural, tecida pela intersecção de classe, raça, gênero e sexualidade, que convoca a equidade como princípio reorientador do SUS.

Equidade, território e gestão do cuidado

O SUS e o princípio da equidade

O Sistema Único de Saúde (SUS), fundado pela Constituição Federal de 1988, constitui a principal resposta política às iniquidades em saúde produzidas historicamente no Brasil. Ao romper com o modelo excludente que reservava a atenção pública apenas aos trabalhadores formais vinculados à Previdência Social, o SUS afirmou os princípios de universalidade, integralidade e equidade como fundamentos do direito à saúde. A equidade, nesse contexto, não é sinônimo de tratamento igualitário: é a oferta diferenciada de recursos e atenção em função das diferentes necessidades de saúde das populações, priorizando os grupos que acumulam maiores desvantagens estruturais. Em

termos práticos, profissionais da ESF entrevistados por Carvalho et al. (2020) expressaram esse princípio de forma direta: equidade é oferecer mais para quem está precisando de mais.

Na prática, o SUS real enfrenta contradições que desafiam a realização plena da equidade: o subfinanciamento crônico agravado pelo congelamento de gastos imposto pela Emenda Constitucional 95/2016; a fragmentação da rede assistencial; a insuficiência de recursos humanos qualificados em municípios vulneráveis; e a persistência de barreiras geográficas, culturais e institucionais ao acesso (Guimarães, 2018). Para além desses desafios macroeconômicos e burocráticos, a literatura sanitária contemporânea aponta que a equidade só se materializa quando o sistema formula respostas às demandas de grupos submetidos a processos históricos de subalternização e apagamento. Assim, a equidade no SUS deve ser compreendida como um princípio de justiça reparadora, decolonizadora e antirracista.

Para compreender por que a distribuição do adoecimento é tão violenta e desigual, é preciso acionar o conceito de necropolítica do filósofo camaronês Achille Mbembe (2018). Expandindo as teorias sobre o biopoder, Mbembe argumenta que a soberania do Estado moderno não se define apenas pelo poder de regular a vida, mas fundamentalmente pelo poder de ditar quem deve viver e quem deve morrer. Essa política da morte não se traduz apenas no extermínio direto, mas na exposição deliberada de certas populações a riscos biológicos, à fome e ao abandono assistencial, o que ele conceitua como “morte social”. No SUS, as iniquidades mais severas são expressões latentes dessa lógica operando nas brechas do Estado, manifestadas na ausência crônica de saneamento básico em favelas (que perpetua endemias), na maior tolerância institucional à violência obstétrica contra mulheres negras e na escassez programática de recursos em regiões de vulnerabilidade extrema. Reconhecer a necropolítica alerta a gestão de que os indicadores epidemiológicos desfavoráveis não são acidentais; são o resultado de uma distribuição calculada de vulnerabilidades que o sistema tem o dever ético-político de confrontar.

Ainda assim, o SUS realizou conquistas emancipatórias expressivas: a expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF), a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, as políticas para povos indígenas e para pessoas LGBTQIAPN+. Pesquisa de Guimarães (2018) com 5.564 municípios confirma que a APS no Brasil cumpre seu papel de política redutora de desigualdade de acesso, com a expansão da ESF sendo mais acelerada nos municípios com condições menos favoráveis a partir de 2009.

Intersectorialidade, promoção radical e territorialização

Enfrentar as iniquidades em saúde exige, necessariamente, sair do setor saúde. As causas mais profundas do adoecimento (habitação, trabalho, alimentação, educação, saneamento e segurança pública) não são produzidas nem resolvidas no interior do sistema de saúde. A Carta de Ottawa (Organização Mundial da Saúde [OMS], 1986) fundou esse princípio ao identificar cinco campos de ação da promoção da saúde: elaboração de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes favoráveis, reforço da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação dos serviços. No Brasil, a Abrasco aprofundou essa perspectiva com a noção de promoção radical da saúde, que articula a Carta de Ottawa à crítica às estruturas econômicas geradoras de iniquidades, exigindo a gestão integrada de políticas públicas que transformem as condições materiais de vida.

A operacionalização da equidade depende, ainda, da territorialização, ou seja, da capacidade do sistema de saúde de reconhecer as especificidades do espaço geográfico e social em que as populações vivem, adoecem e buscam cuidado. O geógrafo Milton Santos (2006) contribuiu decisivamente para o pensamento sanitário ao propor o conceito de território usado: não o espaço físico abstrato, mas o resultado da interação entre sistemas de objetos

(infraestrutura, equipamentos, instituições) e sistemas de ações (práticas e relações sociais). Aplicado à saúde, esse referencial exige que o diagnóstico situacional seja uma leitura dinâmica do território, atenta às forças sociais que configuram as condições de vida de cada grupo, e não apenas uma fotografia epidemiológica de indicadores agregados. A ESF e os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) são os elos práticos dessa territorialização, garantindo vínculo longitudinal e identificação das necessidades não expressas das populações adscritas (Carvalho et al., 2020; Guimarães, 2018).

Todavia, o pensamento latino-americano convida a um aprofundamento radical e decolonial dessa categoria. O feminismo comunitário (Cabnal, 2010) formula o conceito de território-corpo-terra, ensinando que a primeira trincheira que habitamos é o nosso próprio corpo. As violências e a exploração econômica que afetam o espaço geográfico inscrevem-se diretamente na biologia e no psiquismo dos sujeitos; logo, não há separação entre a saúde da terra e a saúde dos corpos. Essa perspectiva dialoga com o pensamento de intelectuais indígenas como Ailton Krenak (2019) e Davi Kopenawa (2015). Ao criticarem a cosmovisão ocidental que transforma a natureza em mercadoria a ser esgotada, esses pensadores apontam que o adoecimento humano está vinculado à destruição dos ecossistemas. Para os povos tradicionais, o território é a ancestralidade viva, a soberania alimentar e a própria possibilidade de existência.

Essa reconfiguração do território tensiona a métrica capitalista que enxerga a saúde como um bem a ser industrializado. O pensador quilombola Antônio Bispo dos Santos, o Nêgo Bispo (2023), oferece uma fratura cosmológica essencial ao contrapor a lógica colonial da produção à vivência da biointeração. Enquanto a sociedade ocidental se organiza de forma comercialista, esgotando a terra e os corpos para gerar lucro, as comunidades tradicionais se estruturam na biointeração, que é a relação de envolvimento orgânico, respeito e reciprocidade entre o ser humano, a natureza e os outros vivos.

Para a gestão do cuidado, a biointeração significa reconhecer que os territórios da APS não são vazios de saberes terapêuticos antes da chegada

da equipe de saúde. Neles, os quintais produtivos, as benzedadeiras, as raizeiras e os terreiros operam uma saúde contracolonial. A equidade real exige o que Bispo (2015) chama de confluência: em vez do confronto (onde o saber científico tenta aniquilar o saber popular), os diferentes saberes devem fluir como rios distintos que se somam no cuidado do sujeito, sem que um destrua a identidade do outro.

Quando o sistema de saúde ignora ou proíbe essas práticas tradicionais de cura, ele comete o que a filósofa negra Sueli Carneiro (2005) conceitua como epistemicídio. O epistemicídio é o processo de negação, deslegitimação e destruição dos conhecimentos e da racionalidade de grupos racializados, erguendo o saber ocidental e branco como o único universalmente válido. Combater o epistemicídio na gestão do cuidado significa decolonizar as diretrizes clínicas, promovendo um diálogo simétrico entre a biomedicina e as epistemologias locais. No Brasil, essa articulação entre território, raça e classe exige a categoria de Amefricanidade, cunhada por Lélia Gonzalez (1988), que explicita a dinâmica de resistência e sobrevivência dos povos negros e indígenas contra a opressão colonial, servindo de ferramenta para enfrentar o racismo territorial.

Considerações Finais

O percurso trilhado neste capítulo revelou que a compreensão do processo saúde-doença é inseparável de uma leitura histórica, social e política da realidade. Desde as explicações mágico-religiosas até a teoria da determinação social, cada paradigma que se consolidou foi resultado da capacidade de ampliar o olhar sobre o adoecimento humano, incorporando dimensões antes invisíveis. A perspectiva invertida que emerge desse percurso não é apenas uma mudança de vocabulário: é uma transformação ética e política que orienta tanto a pesquisa em saúde coletiva quanto a prática do cuidado e a formulação de políticas públicas.

Os conceitos apresentados (DSS, gradiente social, iniquidade, interseccionalidade, vulnerabilidade, equidade e gestão do cuidado) não são abstrações teóricas desconectadas da realidade. Eles descrevem mecanismos concretos pelos quais a organização social distribui de forma desigual os riscos de adoecer e as possibilidades de cuidado. Reconhecer esses mecanismos é o primeiro passo para agir sobre eles, seja na consulta clínica, no planejamento do território, na gestão de serviços ou na formulação de políticas intersetoriais.

O SUS, com todas as suas contradições e conquistas, representa a aposta coletiva do povo brasileiro em um sistema de saúde capaz de enfrentar as iniquidades produzidas por séculos de desigualdade estrutural. Fortalecer o SUS, seu financiamento, sua capacidade técnica, sua sensibilidade à diversidade e sua articulação com outros setores das políticas públicas, é tarefa de todos os profissionais de saúde comprometidos com a perspectiva da determinação social e com a construção de uma sociedade mais justa e equânime.

Referências

- Akotirene, C. (2019). Interseccionalidade. Sueli Carneiro; Editora Jandaíra.
- Ayres, J. R. C. M., França Júnior, I., Calazans, G. J., & Saletti Filho, H. C. (2003). O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. Em D. Czeresnia & C. M. Freitas (Orgs.), *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Editora Fiocruz.
- Barreto, M. L. (2017). Health inequalities: a global perspective. *Ciencia & saude coletiva*, 22, 2097-2108.
- Bento, B. M. (2006). A reinvenção do corpo: sexualidade e gênero na experiência transexual. Garamond.
- Bento, B. M. (2017). *Transviad@s: gênero, sexualidade e direitos humanos*. Autêntica.
- Bispo dos Santos, A. (2015). *Colonização, Quilombos: modos e significações*. UnB.
- Bispo dos Santos, A. (2023). *A terra dá, a terra quer*. Ubu Editora.
- Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31(Supl. 1), 13-27.

- Buss, P. M., & Pellegrini Filho, A. (2007). A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 17(1), 77-93.
- Butler, J. (2003). Problemas de gênero: Feminismo e subversão da identidade (R. Aguiar, Trad.). Civilização Brasileira.
- Cabnal, L. (2010). Feminismos comunitários y cuerpo-territorio. In: *Feminismos diversos: el feminismo comunitario*. ACSUR-Las Segovias.
- Cardoso, A. M., Santos, R. V., Coimbra Jr, C. E., & Welch, J. R. (2019). Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas: reflexões sobre as iniquidades em saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 35(Supl. 3).
- Carneiro, S. (2005). A Construção do Outro como Não-Ser como Fundamento do Ser (Tese de Doutorado). Universidade de São Paulo.
- Carvalho, A. M. P., Silva, G. A., & Rabello, E. T. (2020). A equidade no trabalho cotidiano do SUS: representações sociais de profissionais da Atenção Primária à Saúde. *Cadernos de Saúde Coletiva*, 28(4), 590-598.
- Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. (2008). *As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil*. Editora Fiocruz.
- Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde. (2010). *Redução das desigualdades no período de uma geração: igualdade na saúde através da acção sobre os seus determinantes sociais*. OMS.
- Crenshaw, K. (1991). Mapping the margins: intersectionality, identity politics, and violence against women of color. *Stanford Law Review*, 43(6), 1241-1299.
- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). Policies and strategies to promote social equity in health. Institute for Futures Studies.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- Fanon, F. (2008). *Peles negras, máscaras brancas*. EdUFBA.
- Fanon, F. (2020). *Os condenados da terra*. Zahar.
- Fundação Oswaldo Cruz. (2023). *Relatório Técnico da Missão de Apoio Institucional à Crise Sanitária e Humanitária no Território Yanomami*. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; Fiocruz.
- Garbois, J. A., Sodré, F., & Dalbello-Araujo, M. (2017). Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. *Saúde em Debate*, 41(112), 63-76.
- Goes, E. F., Ramos, D. O., & Ferreira, A. J. F. (2020). Desigualdades raciais em saúde e a pandemia da Covid-19. *Trabalho, Educação e Saúde*, 18(3), e00278110. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00278>
- Gonzalez, L. (1988). A categoria político-cultural de amefricanidade. *Tempo Brasileiro*, (92/93), 69-82.

Guimarães, R. F. (2018). Equidade reversa na Atenção Primária à Saúde. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42, e91.

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e Fórum Brasileiro de Segurança Pública. (2025). Atlas da Violência 2025. Ipea; FBSP. <https://repositorio.ipea.gov.br/server/api/core/bitstreams/15cca7c1-2a6d-4b43-98eb-7bf4f53744a9/content>

Hankivsky, O. (2014). Intersectionality 101. Institute for Intersectionality Research & Policy, Simon Fraser University.

Hippocrates. (1978). Hippocratic writings (G. E. R. Lloyd, Ed.; J. Chadwick & W. N. Mann, Trans.). Penguin Books.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2025). Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. IBGE.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2024). Censo Demográfico 2022: Características dos domicílios e saneamento básico: Primeiros resultados do universo. IBGE.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2023). Censo Demográfico 2022: Quilombolas: Primeiros resultados do universo. IBGE.

Kisa, A., & Kisa, S. (2025). Structural racism as a fundamental cause of health inequities: a scoping review. *International Journal for Equity in Health*, 24(1), 257.

Kopenawa, D., & Albert, B. (2015). A queda do céu: palavras de um xamã yanomami. Companhia das Letras.

Krenak, A. (2019). Ideias para adiar o fim do mundo. Companhia das Letras.

Krieger, N. (2011). *Epidemiology and the people's health: theory and context*. Oxford University Press.

Laurell, A. C. (1983). A saúde-doença como processo social. Em E. D. Nunes (Org.), *Medicina social: aspectos históricos e teóricos* (pp. 133-158). Global.

Leal, M. C., Gama, S. G. N., Pereira, A. P. E., Cunha, C. B., Leite, I. C., Torres, J. A., ... & Theme Filha, M. M. (2014). Desigualdades raciais na assistência ao pré-natal e ao parto no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 48(1), 100-108.

Leavell, H., & Clark, E. G. (1976). *Medicina preventiva*. McGraw-Hill do Brasil.

Lorde, A. (2019). *Sou sua irmã: escritos de ferramentas, de transformação*. Ubu Editora.

Marmot, M. (2004). *The status syndrome: how social standing affects our health and longevity*. Times Books.

Marmot, M. G., Bosma, H., Hemingway, H., Brunner, E., & Stansfeld, S. (1997). Contribution of job control and other risk factors to social variations in coronary heart disease incidence. *The Lancet*, 350(9073), 235-239.

Mbembe, A. (2018). *Necropolítica*. N-1 Edições.

Ministério da Saúde. (2023). Boletim Epidemiológico nº 14: Vigilância da Mortalidade

Materna no Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente; Departamento de Análise de Dados e Sistemas do SUS.

Morales, A. D. (2013). Determinación social o determinantes sociales: diálogos para la acción. *Revista de Salud Pública*, 15(6), 797-808.

Nutton, V. (2013). *Ancient medicine* (2nd ed.). Routledge.

Organização Mundial da Saúde. (1986). *Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde*. OMS.

Oliveira, M. A. de C., & Egry, E. Y. (2000). A historicidade das teorias interpretativas do processo saúde-doença. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 34(1), 9-15. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342000000100002>

Paim, J. S. (2008). *Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Edufba; Editora Fiocruz.

Preciado, P. B. (2020). *Um apartamento em Urano: crônicas da travessia*. Zahar.

Rosen, G. (1994). *Uma história da saúde pública*. Hucitec; Editora Unesp; Abrasco.

Sá, G. R. S., Oliveira, O. M. A., Nunes, P. C., & Gondim, G. M. M. (2017). Um pouco de história: evolução das concepções de saúde, doença e cuidado. Em M. N. Silva, R. F. Flauzino & G. M. M. Gondim (Orgs.), *Rede de frio: fundamentos para a compreensão do trabalho* (pp. 21-50). Editora Fiocruz.

Santos, M. (2006). *A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção* (4. ed., 2. reimpr.). Editora da Universidade de São Paulo.

Scliar, M. (2002). *Do mágico ao social: trajetória da saúde pública* (2. ed.). Editora SENAC.

Scliar, M. (2007). História do conceito de saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 17(1), 29-41. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100003>

Solar, O., & Irwin, A. (2010). *A conceptual framework for action on the social determinants of health* (Discussion Paper Series on Social Determinants of Health, No. 2). World Health Organization.

Werneck, J. (2016). Racismo institucional e saúde da população negra. *Saúde e Sociedade*, 25(3), 535-549.

Whitehead, M. (1991). The concepts and principles of equity and health. *Health Promotion International*, 6(3), 217-228.

WHO Commission on Social Determinants of Health. (2008). *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health — Final report of the Commission on Social Determinants of Health*. World Health Organization.

Organização Pan-Americana da Saúde. (2019). *Comissão da OPAS sobre Equidade e Desigualdades em Saúde nas Américas: Relatório final*. Washington, DC: Organização Pan-Americana da Saúde.

Wilkinson, R. G. (1996). *Unhealthy societies: the afflictions of inequality*. Routledge.



CAPÍTULO 3

EPIDEMIOLOGIA, VIGILÂNCIA E POLÍTICAS DE SAÚDE: BASES DO CUIDADO COLETIVO

Suyanne Freire de Macêdo
Gabriel Vitor de Sousa

Sobre este capítulo:

Da epidemiologia da constituição às ferramentas de inteligência artificial aplicadas à vigilância em saúde, o capítulo integra os saberes epidemiológicos, os sistemas de informação em saúde e as políticas públicas que articulam dados, decisão e democracia sanitária, situando o território e os determinantes sociais como eixos que orientam a alocação de recursos e o fortalecimento do SUS diante dos desafios contemporâneos da saúde coletiva.

A pandemia de COVID-19 mudou substancialmente a forma de se fazer saúde e de se produzir informação em todo o mundo. Essa catástrofe evidenciou a importância de se utilizar de maneira diligente os dados populacionais para operacionalizar o enfrentamento de problemas de grande magnitude sanitária e, consequentemente, fortalecer a integralidade da assistência em saúde. Assim, a produção efetiva do cuidado coletivo atual depende da integração orgânica entre os saberes da epidemiologia, as ações

de vigilância em saúde e as políticas públicas voltadas para as necessidades emergentes, reemergente e crônicas da sociedade.

O território foi amplamente reconhecido como espaço de determinação social do processo saúde-doença e as grandes bases de dados e inquéritos populacionais despontaram como ferramentas estratégicas para a leitura das necessidades de saúde. A vigilância em saúde, logo, deixa de ocupar um lugar acessório e passa a constituir o núcleo informacional da gestão do cuidado, orientando a alocação de recursos, a organização das redes de atenção e a definição de prioridades sanitárias (Cruz et al., 2024).

Nesse sentido, as políticas públicas não são tomadas apenas como arcabouço normativo, mas como mediações institucionais e sociopolíticas que viabilizam a tradução das evidências em práticas integrais e equânimes. Dessa forma, o cuidado coletivo se qualifica e se legitima pela atuação do controle social e pela produção compartilhada de conhecimento com os sujeitos e coletivos do território. Defende-se, portanto, que a articulação entre dados, decisão e democracia sanitária constitui condição estruturante para o enfrentamento das iniquidades, o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) e a consolidação de um cuidado orientado pelas necessidades de saúde da população (Machado, 2024).

Acreditando na participação social e almejando uma iluminação teórica-operacional capaz de superar a histórica dissociação entre conhecer, planejar e fazer, emergiu o interesse em conhecer as evidências científicas e as ferramentas e técnicas inovadoras para a produção do cuidado coletivo. Dessa maneira, o capítulo teve como objetivo refletir sobre a estruturação do cuidado coletivo, no contexto desafiador atual, mediante a integração sinérgica entre epidemiologia, vigilância em saúde e políticas públicas.

A figura a seguir simplifica o que será apresentado ao longo do capítulo. Analise-a com curiosidade, imaginação e crítica. Busque antecipar as ideias que serão abordadas, pense em como cada palavra poderá enriquecer o seu contexto profissional e analise criticamente os

alcances e expectativas de avanço da produção científica da Saúde Coletiva e fortalecimento do nosso SUS.

Figura 1. O novo ecossistema da epidemiologia e vigilância em saúde.



A Epidemiologia como Alicerce do Saber Coletivo

A epidemiologia enquanto ciência moderna surgiu no final do século XVIII quando os estudiosos buscaram compreender de forma técnica como indivíduos e grupos adoeciam. Inicialmente, a doença era explicada pelas condições ambientais e os estudos eram de caráter descritivo e populacional (Epidemiologia da constituição). Com o progresso da imunologia e da estatística foi possível investigar a população exposta e calcular a probabilidade de adoecer (Epidemiologia da exposição). Em seguida, houve o avançar dos estudos quantitativos e das análises de associação resultando na Epidemiologia do risco a qual se destinou a descrever as chances de adoecimento e as ações preventivas e clínicas (Ayres, 2011).

Atualmente a epidemiologia transcende a mera análise de surtos e epidemias transmissíveis porque se tornou um ramo das ciências da saúde que estuda a ocorrência, a distribuição e os fatores determinantes dos eventos relacionados à saúde em coletividades. No contexto brasileiro, essa ciência foi mobilizada para fundamentar as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), servindo como instrumento tanto teórico quanto prático na construção de um modelo de atenção universal e equânime (Pereira, 2018).

Dentro desta perspectiva ampliada, a epidemiologia moderna incorpora os determinantes sociais da saúde para explicar a distribuição desigual das doenças entre os diferentes estratos da população. A visão atual reconhece a natureza multicausal dos danos à saúde, onde fatores como trabalho, moradia, renda, etnia e gênero interagem de forma complexa. E os planos diretores para o desenvolvimento da epidemiologia no Brasil têm reforçado a necessidade de análises situacionais fundamentadas nas condições de vida, utilizando a epidemiologia social crítica para denunciar as iniquidades (Magno et al. (2025).

Assim, o adoecer não é visto como um evento aleatório, mas como o resultado de processos históricos, econômicos e sociais que marginalizam grupos específicos, como populações indígenas, quilombolas e pessoas em situação de rua. Ao considerar o estilo de vida e as condições estruturais da sociedade, a epidemiologia permite que as intervenções de saúde pública sejam direcionadas não apenas ao tratamento biológico, mas ao enfrentamento das causas sociais que perpetuam as doenças.

No Brasil, os sistemas de informação como o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) fornecem a base factual para o diagnóstico epidemiológico, permitindo que gestores identifiquem prioridades e avaliem o impacto das políticas públicas. Esses bancos geram indicadores para subsidiar a implementação de medidas voltadas à promoção da saúde e ao controle de riscos e agravos, fortalecendo a soberania informacional do Estado brasileiro e a proteção da população.

Todavia, os desafios atuais tais como: emergência climática, risco de nova pandemia, fake news, vulnerabilidade social, conflitos internacionais, hesitação vacinal, negacionismo científico, produção acelerada de dados, dentre outros, nos impulsiona a pensar e fazer novos caminhos no saber epidemiológico. No Rio de Janeiro, por exemplo, foi criado um Centro de Inteligência Epidemiológica (CIE) em 2022 para publicizar e integrar diversas fontes de dados para a detecção precoce de mudanças nas tendências de eventos de importância em Saúde Pública (Cruz, 2024).

A implementação estratégica de um *data lake* institucional foi o catalisador para uma reestruturação profunda nos fluxos de ingestão, governança e protocolos de segurança de dados. Este ecossistema informacional abriga hoje a Base Carioca, uma robusta coorte retrospectiva que consolida o histórico vacinal contra a COVID-19 e o monitoramento de desfechos clínicos associados.

Como produto dessa arquitetura, foram estruturados *dashboards* de inteligência: ferramentas de transparência para o acesso público e painéis analíticos de alta granularidade para o suporte à decisão dos gestores de vigilância (<https://epirio.svs.rio.br/>). Notadamente, a implantação de um sistema de alertas focado na rede de urgência e emergência permitiu a detecção precoce de tendências epidemiológicas, viabilizando intervenções territoriais ágeis e precisas.

Essa evolução reflete a consolidação do conceito de Inteligência Epidemiológica no SUS, promovida pelo CIE. Tal mudança de paradigma é o resultado direto da sinergia entre investimentos em infraestrutura e capital intelectual, integrando métodos avançados de epidemiologia, estatística e *Data Science*, além da incorporação de fontes de dados heterogêneas que ampliam a capacidade preditiva e analítica do sistema (Cruz, 2024).

Nesse contexto de mudança de paradigma, observa-se que a saúde global está evoluindo dos sistemas convencionais de notificação pelos serviços de saúde para um sistema de análise de diversas fontes, agindo de forma mais dinâmica, preditiva e sensível. Para isso quatro estratégias são fundamentais: a) uso de dispositivos móveis, internet e sistemas digitais para coleta de dados em

larga escala; b) processamento de grandes volumes de dados heterogêneos para identificar problemas complexos; c) desenvolvimento de modelos preditivos, e d) simulações de cenários e estratégias antes da tomada de decisão.

A coleta e a análise de dados produzidos pela população, seja por meio das redes sociais ou de mecanismos de busca na internet, permitem o monitoramento de informações em tempo real, favorecendo a tomada de decisões, especialmente no contexto das doenças infecciosas. Como exemplo, podem ser citados um estudo internacional realizado na Bolívia, Brasil, Índia, Indonésia e Singapura (Chan et al., 2011) e outro conduzido no estado de São Paulo (Monnaka; Oliveira, 2021). Ambos monitoraram os dados do *Google Trends* e identificaram forte correlação entre a incidência de dengue e os termos pesquisados relacionados à doença.

Em cada país, foi desenvolvido um modelo baseado em séries temporais de casos de dengue e em pesquisas realizadas no Google com termos específicos associados à enfermidade. Os modelos apresentaram correlações de validação variando entre 0,82 e 0,99, demonstrando elevada capacidade de fornecer informações sobre a ocorrência da dengue em tempo real. No estudo realizado em São Paulo, observou-se correlação com até quatro semanas de antecedência em relação às séries temporais de casos, alcançando sensibilidade de 87% e especificidade de 69%. Esses resultados indicam que o *Google Trends* pode ser considerado uma ferramenta de vigilância epidemiológica, capaz de fornecer alertas precoces sobre possíveis surtos de dengue.

A epidemiologia moderna também precisa processar bancos grande, heterogêneos e, por vezes, não estruturados como prontuários eletrônicos, dados coletados pelos grandes institutos como os censos populacionais, registros climáticos e de mobilidade urbana para ampliar a compreensão sobre os contextos de saúde dos territórios e assim permitir uma gestão mais custo-efetiva dos recursos destinados à saúde. A informatização dos serviços de saúde foi um avanço mas a fragmentação da informações e a necessidade de proteção dos dados sigilosos é um desafio.

Todavia o esforço para promover a interoperabilidade (capacidade de dois sistemas trocarem informações) entre grandes bancos é recorrente e crescente. Destaca-se os estudos relacionados a epidemia pelo vírus Zika, em 2015, quando se tornou necessário compreender o complexo padrão de adoecimento associado à infecção. Em outubro daquele ano, foi observado, em Pernambuco, Brasil, um aumento significativo no número de recém-nascidos com microcefalia. As mães dessas crianças relataram a ocorrência de erupções cutâneas durante a gestação e negaram outras intercorrências que pudessem justificar a condição (Teixeira et al., 2016).

Diante desse cenário, foi necessária a integração de dados provenientes de diferentes sistemas de informação em saúde, incluindo o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos, o Sistema de Informações sobre Mortalidade, o Sistema de Informação de Agravos de Notificação e o Cadastro Único, que reúne informações socioeconômicas da população. Desde então, pesquisadores têm utilizado esses e outros bancos de dados para acompanhar a evolução clínica, social e epidemiológica das crianças afetadas pela Síndrome Congênita associada ao vírus Zika (Paixão et al., 2022).

Paralelamente, os estudiosos vêm ampliando progressivamente o uso da Inteligência Artificial (IA) no campo da vigilância em saúde. Contudo, sua utilização ainda demanda diretrizes claras e bem estabelecidas. Uma revisão sobre o uso da IA na modelagem de epidemias de doenças infecciosas analisou sistemas que combinavam técnicas de aprendizado de máquina, estatística computacional, recuperação de informação e ciência de dados para apoiar a compreensão da dinâmica de transmissão dessas doenças. Os autores destacaram que a IA possui potencial para acelerar a investigação de questões epidemiológicas relevantes, mas também apontaram limitações metodológicas, operacionais e éticas que precisam ser consideradas em sua aplicação (Kraemer et al., 2025).

Nesse contexto, o uso da IA deve ser cuidadosamente planejado, normatizado e validado, de modo a garantir a qualidade das informações

produzidas, o respeito aos princípios éticos e a efetiva geração de benefícios para a saúde pública. Para uma compreensão mais aprofundada e atualizada sobre o tema, recomenda-se a consulta a revisões sistemáticas publicadas em periódicos científicos revisados por pares, considerando que a produção de conhecimento nessa área evolui de forma rápida e contínua.

Já o emprego da modelagem matemática em saúde não é tão recente e também auxilia na previsão de cenários quando necessita-se de um posicionamento imediato, especialmente frente a possíveis desfechos catastróficos. Essa abordagem permite antecipar tendências, avaliar possíveis impactos e orientar intervenções oportunas com o objetivo de prevenir agravos e reduzir danos à saúde da população. Um exemplo marcante foi a pandemia de COVID-19, período em que havia grande incerteza sobre aspectos fundamentais da doença, como a taxa de letalidade, a mortalidade e a dinâmica de transmissão do vírus (Grant et al., 2024).

Nesse contexto, os modelos matemáticos subsidiaram decisões estratégicas, como a adoção ou flexibilização de medidas de distanciamento social, a abertura ou fechamento de serviços e estabelecimentos, além do planejamento da alocação de profissionais de saúde, leitos e insumos. Dessa forma, a modelagem possibilitou estimar tendências epidemiológicas e projetar cenários futuros, contribuindo para uma resposta mais eficiente à emergência sanitária (Grant et al., 2024).

Vigilância em Saúde: A Tradução do Conhecimento em Ação

A Vigilância em Saúde (VS) no Brasil é o sistema de alerta que trabalha em várias frentes para operacionalizar e agir de forma a proteger a população e promover a saúde. Vai além da burocracia e prima por transformar o conhecimento epidemiológico em intervenções concretas de políticas públicas (Brasil, 2018). Esse paradigma é fruto de um longo debate iniciado na Reforma Sanitária Brasileira,

que buscou superar o modelo tradicional centrado apenas na doença para um modelo focado na integralidade da atenção (Teixeira et al. 2018).

A Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), instituída em 2018, compreende a articulação das vigilâncias epidemiológica, sanitária, ambiental e da saúde do trabalhador e da trabalhadora. Essa integração visa conferir maior capacidade de predição e intervenção ao sistema. A operacionalização da vigilância ocorre por meio de um ciclo de fluxo contínuo, que transforma o dado bruto em informação para a ação.

Esse ciclo inicia-se na coleta de dados sistemática e oportuna, seguindo para a consolidação e análise, onde os indicadores são interpretados à luz da realidade local. Esse diagnóstico situacional embasa a tomada de decisão e o planejamento de medidas de saúde pública. A etapa seguinte é a ação propriamente dita, a implementação das medidas de prevenção e controle que deve ser finalizada com a avaliação permanente do impacto das intervenções realizadas.

Para que esse ciclo seja efetivo, é imprescindível o “olhar para o território”. A territorialização é o que permite à vigilância sair do nível central e atingir a capilaridade necessária nas unidades de saúde. Magno e colaboradores (2025) destacam que a VS deve ser entendida como um instrumento politicamente comprometido com a transformação da realidade social e a redução das iniquidades em saúde nos locais onde as pessoas vivem e trabalham. Assim, a convergência entre a VS e a Atenção Primária à Saúde (APS) configura-se como um imperativo estratégico para a superação de modelos verticais e fragmentados. Esta integração viabiliza o monitoramento prospectivo de vulnerabilidades territoriais e a deflagração de respostas oportunas e participativas.

O Ministério da Saúde recomenda que as Equipes de Saúde da Família (eSF) realizem a vigilância de forma ativa, unindo educação em saúde, intersetorialidade e ações territoriais integradas entre diversos setores da sociedade. Na prática, isso se traduz em visitas domiciliares estratégicas,

investigação epidemiológica contínua e a elaboração de protocolos unificados que fortaleçam a resposta oportuna das eSF (Brasil, 2017).

Diversos estudos apontam o impacto da Estratégia de Saúde da Família (ESF) na VS. Um exemplo é o estudo de coorte, com 3,4 milhões de brasileiros de baixa renda, que avaliou a incidência e mortalidade por AIDS entre residentes de municípios com baixa ou nenhuma cobertura da ESF e residentes de municípios com cobertura de 100% da ESF. Os pesquisadores evidenciaram que territórios totalmente cobertos pela ESF tem menor incidência e mortalidade por AIDS. Logo, apresentam melhores indicadores de saúde, incluindo para pessoas vivendo com HIV/AIDS (Pinto et al., 2024).

A baixa cobertura da atenção primária (média = 66,0%) também esteve associada a desempenho insatisfatório no controle da tuberculose. Os municípios brasileiros com mais de 300 mil habitantes e com 43,1% dos casos novos de tuberculose, no período de 2015 a 2018, apresentaram os menores percentuais de exames de contatos (média = 56,4%) e Tratamento Diretamente Observado (TDO) (média = 15,4%) e elevado abandono (média = 13,9%). Todavia, mesmo em locais com elevada cobertura da atenção primária a testagem para HIV, o TDO e a cura não alcançaram a meta preconizadas (< 100%, < 90% e < 90%, respectivamente) (Pinto et al, 2022).

Em face de problemas complexos como a tuberculose e a dengue é fundamental a participação da comunidade para o êxito das ações de Vigilância em Saúde. A vigilância da dengue, por exemplo, passa pelo controle vetorial que inclui a eliminação dos potenciais criadouros do mosquito *Aedes aegypti*. Contudo, as condições ambientais e sociais favorecem a manutenção desses criadouros, seja no período chuvoso, quando recipientes descartados inadequadamente acumulam água, seja no período de seca, quando reservatórios hídricos sem vedação adequada representam um importante fator de risco para a proliferação do mosquito. Diante da complexa interação entre condições climáticas, irregularidade no abastecimento hídrico, condições habitacionais precárias e limitações dos inseticidas, a mobilização

da comunidade torna-se uma estratégia indispensável para o controle da dengue (Lima-Camara, 2024).

Um estudo de revisão evidenciou que estratégias participativas, desenvolvidas em escolas, domicílios e comunidades, foram capazes de ampliar conhecimentos, modificar comportamentos e melhorar os indicadores entomológicos. Intervenções baseadas em mobilização comunitária, mutirões de limpeza, campanhas educativas, formação de lideranças locais e participação de escolares apresentaram resultados superiores às ações tradicionais centradas apenas na distribuição de panfletos ou em palestras expositivas. Além disso, ações educativas associadas ao controle biológico e à gestão ambiental apresentaram desfechos animadores como redução de potenciais criadouros, da infestação vetorial e, em alguns casos, da incidência das arboviroses (Dias et al., 2022).

A mobilização da comunidade e o uso dos recursos tecnológicos exigem dos profissionais habilidades específicas para pensar em estratégias de prevenção ou mitigação de agravos em contextos de vulnerabilidade social ou epidemiológica. No Brasil, há mais de 25 anos, o governo promove uma formação em epidemiologia de campo denominada EpiSUS (Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do SUS). O programa tem três níveis (fundamental, intermediário e avançado) e já formou mais de 4 mil profissionais, distribuídos pelo território nacional (Duarte et al., 2025).

O nível fundamental, com duração de três meses, capacita principalmente para a investigação de surtos locais, análise de dados do Sinan e elaboração de relatórios técnicos. O nível intermediário abrange análises mais complexas, uso de ferramentas estatísticas e gestão de emergências e ao seu término, o profissional recebe o título de especialista. O nível avançado é acompanhado equipes técnicas do Programa e da Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, os alunos, em regime de dedicação exclusiva, fazem imersão de dois anos em investigações de surtos de grande escala e produção de evidências aplicadas. O EpiSUS, ao longo do tempo vem se consolidando

como um importante programa de educação permanente para a formação de epidemiologistas aptos a atuar nos serviços de saúde (Duarte et al., 2025).

Na atualidade existem várias plataformas que oferecem cursos para profissionais da saúde. A exemplo do Sistema Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) que desde 2010 busca suprir a demanda de educação permanente dos trabalhadores do SUS. Trata-se de uma rede de instituições de ensino superior que oferecem gratuitamente cursos a distância. Para os trabalhadores que atuam nos serviços de vigilância, o Ministério da Saúde existe desde 2021 o Programa de Fortalecimento da Epidemiologia nos Serviços de Saúde (PROFEPI) que oferta cursos e intercâmbios de experiências (profepi.saude.gov.br). Ademais, a Organização Pan-Americana da Saúde e a Organização Mundial da Saúde também oferecem uma plataforma com cursos gratuitos para a formação em diversas áreas da saúde (<https://campus.paho.org/pt-br>).

Políticas Públicas e a Estruturação do Cuidado Coletivo

O Sistema Único de Saúde consolidado como uma política de Estado transversal e universal, organiza as ações de vigilância como eixos estruturantes para garantir o cuidado integral à população. Essas ações devem superar a verticalização e a centralização para constituir um modelo amplo de atenção, fundamentado na descentralização e no protagonismo do nível local (Teixeira et al., 2018).

Assim a epidemiologia é fundamental para o desenvolvimento de políticas públicas que acompanhem a velocidade das diversas mudanças que ocorrem nos territórios e repercutem nas necessidades da população. Nesse contexto, a epidemiologia é área estratégica de inteligência em saúde, permitindo aos serviços de saúde não apenas responder à doença já instalada, mas também antecipar riscos, monitorar agravos e desenvolver intervenções precoces voltadas à proteção da saúde coletiva (Magno et al. 2025).

As ferramentas epidemiológicas permitem racionalizar escolhas e otimizar a alocação de recursos, possibilitando que gestores decidam entre o enfrentamento de surtos agudos, como os observados nas crises de H1N1 e Zika, e o controle de doenças crônicas não transmissíveis, que exigem monitoramento de longo prazo (Magno et al. 2025). O planejamento estratégico-situacional e a Análise de Situação de Saúde (ASIS), baseada nas condições de vida, são fundamentais para que as ações de vigilância não sejam meramente burocráticas. Logo, respostas tecnicamente fundamentadas nas necessidades reais do território, resultam em organização da oferta de bens e serviços em conformidade com os conhecimentos teóricos e as demandas legítimas da sociedade (Pereira, 2018).

A integralidade e a promoção da saúde revelam que o cuidado coletivo transcende o ato de “tratar o doente”, exigindo a criação de políticas intersetoriais que atuem sobre os determinantes sociais. Assim a vigilância deve articular setores como saneamento, educação, transporte e ambiente, visando superar desigualdades estruturais e prevenir danos por meio de ações que consideram desde o acesso à água potável até a proteção contra riscos ambientais e laborais, consolidando um projeto político-epistemológico comprometido com a justiça social e a defesa da vida (Araújo et al., 2025).

Ressalta-se a importância de formar profissionais com habilidades para utilizar os recursos tecnológicos em favor da promoção da saúde e do cuidado humanizado. Desenvolver competências como diplomacia, pensamento complexo, ética e amorosidade é fundamental para superar uma visão reducionista de fazer saúde. As políticas públicas e o cuidado coletivo são implementado por pessoas, com pessoas e essa interação é a chave para o sucesso a curto e a longo prazo.

Considerações Finais

Para estruturar políticas públicas orientadas pelo princípio da equidade é necessário analisar aspectos clínicos, sociais e territoriais. Contudo, em contextos de instabilidade o desafio é imenso. Estabelecer estratégias de prevenção de doenças e agravos, organizar serviços, dar visibilidade aos vulneráveis, coordenar respostas intersetoriais, fortalecer políticas e práticas voltadas ao bem comum devem ser metas diárias para a construção de um cuidado coletivo de excelência.

Referências

- Ayres, J. R. D. C. M. (2011). Desenvolvimento histórico-epistemológico da Epidemiologia e do conceito de risco. *Cadernos de Saúde Pública*, 27, 1301-1311.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017*. Aprova a política nacional de atenção básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da atenção básica, no âmbito do sistema único de saúde (SUS). Diário Oficial da União; 2017.
- Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução MS/CNS nº 588, de 12 de julho de 2018*. Fica instituída a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), aprovada por meio desta resolução. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2018 ago 13; Seção 1:87.
- Chan EH, Sahai V, Conrad C, Brownstein JS (2011) Using Web Search Query Data to Monitor Dengue Epidemics: A New Model for Neglected Tropical Disease Surveillance. *PLoS Negl Trop Dis* 5(5): e1206. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0001206>
- Cruz, D. M. D. O., Ferreira, C. D., Carvalho, L. F. D., Saraceni, V., Durovni, B., Cruz, O. G., ... & Aguiar, G. M. O. (2024). Inteligência epidemiológica, investimento em tecnologias da informação e as novas perspectivas para o uso de dados na vigilância em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 40, e00160523.
- Dias, Í. K. R., Martins, R. M. G., Sobreira, C. L. D. S., Rocha, R. M. G. S., & Lopes, M. D. S. V. (2022). Ações educativas de enfrentamento ao *Aedes Aegypti*: revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 27, 231-242.
- Duarte, M. M. S., Morales, T. R. D. S. N., Silva, D. C. S. D., Haslett, M. I. C., Almeida, S., Cogo, A. S., ... & Barreira Filho, E. B. (2025). EpiSUS 25 anos: relato de experiência sobre avanços e legados na epidemiologia de campo e vigilância em saúde pública no Brasil, 2000-2025. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 34, e20250532.

Grant, R., Rubin, M., Abbas, M., Pittet, D., Srinivasan, A., Jernigan, J. A., Bell, M., Samore, M., Harbarth, S., Slayton, R. B., & 2023 IPC Think Tank participants (2024). Expanding the use of mathematical modeling in healthcare epidemiology and infection prevention and control. *Infection control and hospital epidemiology*, 45(8), 930–935. <https://doi.org/10.1017/ice.2024.97>

Kraemer, M. U. G., Tsui, J. L., Chang, S. Y., Lytras, S., Khurana, M. P., Vanderslott, S., Bajaj, S., Scheidwasser, N., Curran-Sebastian, J. L., Semenova, E., Zhang, M., Unwin, H. J. T., Watson, O. J., Mills, C., Dasgupta, A., Ferretti, L., Scarpino, S. V., Koua, E., Morgan, O., Tegally, H., ... Bhatt, S. (2025). Artificial intelligence for modelling infectious disease epidemics. *Nature*, 638(8051), 623–635. <https://doi.org/10.1038/s41586-024-08564-w>

Lima-Camara, T. N. (2024). A dengue é produto do meio: uma abordagem sobre os impactos do ambiente no mosquito *Aedes aegypti* e nos casos da doença. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 27, e240048.

Machado, C. V. (2024). Democracia, cidadania e saúde no Brasil: desafios para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS). *Ciência & Saúde Coletiva*, 29, e02192024.

Monnaka, V. U., & Oliveira, C. A. C. (2021). Correlação e sensibilidade do *Google Trends* para surtos de dengue e febre amarela no estado de São Paulo. *Einstein (Sao Paulo)*, 19, eAO5969. https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2021AO5969

Paixao, E. S., Rodrigues, L. C., Costa, M. D. C. N., de Carvalho-Sauer, R. C. O., Oliveira, W. K., Cardim, L. L., Schuler-Faccini, L., Andrade, R. F. S., Rodrigues, M. S., Brickley, E. B., Veiga, R. V., Costa, L. C., Carmo, E. H., Smeeth, L., Barreto, M. L., & Teixeira, M. G. (2022). Population-based surveillance for congenital zika virus syndrome: a latent class analysis of recorded cases from 2015-2018. *BMC pregnancy and childbirth*, 22(1), 530. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04860-3>

Pinto, P. F., Macinko, J., Silva, A. F., Lua, I., Jesus, G., Magno, L., ... & Rasella, D. (2024). The impact of primary health care on AIDS incidence and mortality: A cohort study of 3.4 million Brazilians. *PLoS medicine*, 21(7), e1004302.

Pinto, P. F. P. S., Santos, B. P. S. D., Teixeira, C. S. S., Nery, J. S., Amorim, L. D. A. F., Sanchez, M. N., ... & Pescarini, J. M. (2022). Avaliação de desempenho do controle da tuberculose em municípios brasileiros. *Revista de Saúde Pública*, 56, 53.

Teixeira, M. G., Costa, M.daC., de Oliveira, W. K., Nunes, M. L., & Rodrigues, L. C. (2016). The Epidemic of Zika Virus-Related Microcephaly in Brazil: Detection, Control, Etiology, and Future Scenarios. *American journal of public health*, 106(4), 601–605. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2016.303113>



CAPÍTULO 4

EDUCAÇÃO EM SAÚDE E TECNOLOGIAS EDUCATIVAS COMO PRÁTICAS DE CUIDADO

Ana Roberta Vilarouca da Silva

Antônia Sylca de Jesus Sousa

Iolanda Gonçalves de Alencar Figueiredo

Mayla Rosa Guimarães

Thereza Maria Magalhães Moreira

Helena Alves de Carvalho Sampaio

Sobre este capítulo:

A educação em saúde, compreendida neste capítulo como prática de cuidado, articula a educação popular, os métodos participativos centrados no usuário e as tecnologias educativas, propondo caminhos criativos e aplicáveis ao SUS. Fortalece, assim, a autonomia, a corresponsabilização e a literacia em saúde dos sujeitos nos territórios, reafirmando o diálogo entre academia, serviços e sociedade civil como caminho para práticas educativas críticas, equitativas e territorializadas.

A educação popular em saúde consolida-se como fundamento ético-político da produção do cuidado no SUS, ao valorizar o diálogo, a participação social e os saberes construídos nos territórios. Em perspectiva crítica e emancipatória, reconhece os sujeitos como protagonistas do processo saúde-

doença-cuidado, fortalecendo a autonomia e a corresponsabilização nas práticas sanitárias, em consonância com diretrizes nacionais e internacionais que destacam a educação em saúde e a literacia como estratégias para sistemas mais equitativos e resilientes (Brasil, 2025; OPAS, 2022; WHO, 2023).

Nesse contexto, os métodos participativos centrados no usuário e o uso de tecnologias educativas configuram-se como estratégias relevantes para o cuidado integral, ao promoverem aprendizagem compartilhada, fortalecimento da autonomia e maior engajamento nas decisões em saúde. A incorporação de abordagens centradas nas pessoas, aliada ao desenvolvimento da literacia em saúde e ao uso qualificado de recursos educativos, contribui para práticas mais responsivas, equitativas e orientadas às necessidades socioculturais dos territórios (WHO, 2023).

A extensão universitária destaca-se como espaço privilegiado à integração entre ensino, serviço e comunidade, possibilitando vivências formativas que aproximam a universidade das necessidades sociais e fortalecem práticas de cuidado mais humanizadas e democráticas. Educação popular, métodos participativos, tecnologias educativas e extensão universitária constituem, assim, dimensões entrelaçadas de uma produção do cuidado em saúde, que funda-se como ato dialógico, ético e socialmente referenciado.

Educação popular, metodologias participativas centradas no usuário

A Educação em Saúde, quando compreendida como prática de cuidado, ultrapassa a transmissão de informações e passa a constituir um processo dialógico, emancipatório e comprometido com a autonomia dos sujeitos. Nesse contexto, a Educação Popular em Saúde (EPS) emerge como referencial teórico-metodológico fundamental, especialmente no âmbito do SUS, ao reconhecer os usuários como protagonistas do processo educativo e do cuidado.

A Educação Popular tem como base os pressupostos freireanos, que defendem o diálogo, a problematização da realidade e a valorização dos saberes populares como elementos centrais do processo educativo. Para Paulo Freire, educar não é transferir conhecimento, mas criar possibilidades para a sua produção ou construção, a partir da realidade vivida pelos sujeitos. No campo da saúde, essa abordagem contribui para superação de práticas verticalizadas e normativas, historicamente centradas no modelo biomédico (Freire, 2019).

No Brasil, a EPS foi institucionalizada como política pública a partir da Política Nacional de Educação Popular em Saúde no SUS (PNEP-SUS), que reafirma princípios como diálogo, amorosidade, problematização, construção compartilhada do conhecimento e compromisso com a transformação social. Essa política orienta práticas educativas que fortalecem a participação social, o controle social e a integralidade do cuidado, articulando saberes técnicos e populares (Brasil, 2013).

Os métodos participativos, alinhados à Educação Popular, configuram-se como estratégias centrais à operacionalização de práticas educativas centradas no usuário. Esses métodos partem das experiências concretas dos sujeitos, estimulando a reflexão crítica sobre os determinantes sociais do processo saúde-doença e favorecendo a construção coletiva de soluções.

Cabe distinguir, ainda, a Educação Popular em Saúde da Educação Permanente em Saúde: enquanto a primeira tem matriz freireana e orienta-se à interação com usuários e comunidades, a segunda volta-se aos processos formativos dos trabalhadores nos cotidianos dos serviços (Ceccim; Feuerwerker, 2004). Embora distintas, ambas compartilham pressupostos como o diálogo, a problematização da realidade, a escuta qualificada e a construção coletiva de soluções, o que favorece sua articulação em práticas participativas de cuidado.

Práticas como rodas de conversa, círculos de cultura, oficinas participativas, educação entre pares e aprendizagem baseada em problemas reais favorecem o engajamento dos usuários e promovem a corresponsabilização pelo cuidado. Esses métodos reconhecem que o conhecimento em saúde não se

limita ao saber técnico-científico, mas se constrói na interação entre diferentes saberes, experiências e contextos socioculturais (Albuquerque; Stotz, 2004).

Ao colocar o usuário no centro do processo educativo, essas metodologias contribuem para o fortalecimento da autonomia, do autocuidado e do empoderamento, elementos fundamentais para a promoção da saúde e para o cuidado integral. Estudos na área da Saúde Coletiva evidenciam que práticas educativas de caráter participativo contribuem para maior adesão dos usuários às ações de saúde, fortalecimento dos vínculos entre profissionais e comunidade e maior efetividade das intervenções, especialmente quando fundamentadas no diálogo, na escuta qualificada e na valorização dos saberes populares (Cruz et al., 2020).

No campo das práticas educativas em saúde, a centralidade do usuário constitui elemento fundamental para a qualificação do cuidado. A literatura da Saúde Coletiva evidencia que o uso articulado de tecnologias leves, leve-duras e duras, que compreendem desde as relações, o acolhimento e o diálogo, até saberes estruturados, materiais educativos, recursos audiovisuais e tecnologias digitais, torna-se mais potente quando orientado por métodos participativos. Nessas condições, tais tecnologias ampliam o acesso à informação, fortalecem a autonomia dos sujeitos e contribuem para a produção de cuidado integral, sustentado no encontro, na escuta e na corresponsabilização entre profissionais e usuários (Merhy, 2014; Ceccim; Feuerwerker, 2004; Ayres, 2004).

Nesse contexto, as práticas educativas em saúde, quando fundamentadas em abordagens dialógicas e na valorização dos saberes dos usuários, configuram-se como dispositivos centrais para a qualificação do cuidado. Ayres (2004) destaca que o cuidado em saúde ultrapassa a dimensão técnico-assistencial, exigindo reconhecimento das experiências, dos projetos de vida e das interações entre sujeitos. Nessa perspectiva, autores como Ceccim e Feuerwerker (2004) e Merhy (2014) argumentam que processos educativos construídos no cotidiano dos serviços favorecem a produção de vínculos, a corresponsabilização e a ampliação da integralidade do cuidado, contribuindo

para práticas mais democráticas e comprometidas com as necessidades concretas das comunidades.

Assim, a articulação entre Educação Popular, métodos participativos e tecnologias educativas reafirma a Educação em Saúde como uma prática de cuidado ético, político e transformador. Ao reconhecer os usuários como sujeitos de saber e de direitos, essas abordagens fortalecem os princípios do SUS, promovem a integralidade do cuidado e contribuem para a construção de práticas em saúde mais humanas, inclusivas e socialmente comprometidas.

Na perspectiva do que foi discutido até aqui, emerge o conceito de letramento em saúde (LS), que se entrelaça com o de EPS. Ambos são pautados na proposta freireana (Rudd; Comings, 1994) e caminham por estradas diferentes, mas não paralelas.

O LS refere-se à capacidade das pessoas acessarem, compreenderem, avaliarem e aplicarem informações de saúde, bem como de fazer uso eficaz e racional dos serviços de saúde, de forma a melhorar sua própria saúde e daqueles que as cercam (WHO, 2021). Atesta-se que o desenvolvimento de tal capacidade depende do envolvimento ativo das organizações de saúde (U.S. Department of Health and Human Services, 2020; WHO, 2021). Não se pensa mais em profissionais educadores, mas em instituições educadoras, ou seja, organizações letradas em saúde. É neste conceito que se evidencia a aproximação com a EPS, pois apenas o atendimento centrado na pessoa e que respeite seu ambiente, sua cultura e seus saberes pode levar ao pleno desenvolvimento das habilidades citadas (acesso, compreensão, avaliação e aplicação).

Infelizmente, diferente do que ocorreu com a EPS, o letramento em saúde não está formalmente inserido nas políticas públicas brasileiras, embora o esteja em alguns países que já despertaram para a importância deste campo do conhecimento, como Alemanha, Austrália, Canadá, China, Escócia, Estados Unidos, Inglaterra, Nova Zelândia, País de Gales, Portugal e Singapura (MPOHL, 2023).

Pode-se dizer que o letramento em saúde viabiliza a realização da EPS, ao definir estratégias e formas de avaliação de resultados. Há toda uma fundamentação teórica e prática de elaboração de materiais educativos escritos e digitais, bem como de abordagem verbal, de forma a maximizar a qualidade da comunicação em saúde e permitindo que a EPS atinja sua plenitude. Sampaio e Ferreira (2025) destacam a necessidade de que políticas e estratégias sejam elaboradas considerando as especificidades e particularidades de cada país e região, aí se incluindo a característica de sua população. No Brasil, dada sua dimensão e diferenças regionais não é uma tarefa fácil, mas deve ser perseguida.

EPS e letramento em saúde constituem processos interdependentes: o desenvolvimento de um se faz no fortalecimento do outro. Referenciais como o Health Literacy Universal Precautions Toolkit (Brach, 2024) sistematizam estratégias práticas para essa articulação, dialogando com a perspectiva freireana de problematização e construção compartilhada do conhecimento.

Uso da Tecnologia educativa no cuidado em saúde

Compreende-se que, ao longo das últimas décadas, as tecnologias educativas passaram a ocupar lugar central nas práticas de cuidado em saúde, sobretudo no âmbito da Atenção Primária, das ações de promoção da saúde e das iniciativas desenvolvidas no SUS. Diante das transformações sociais, tecnológicas e epidemiológicas que caracterizam o contexto contemporâneo, tais tecnologias configuram-se como estratégias fundamentais para qualificar o cuidado, ampliar o acesso à informação e favorecer o fortalecimento da autonomia dos sujeitos, atuando como mediadoras dos processos educativos e das práticas de cuidado em saúde.

A compreensão do cuidado em saúde como um processo relacional e intersubjetivo amplia o entendimento acerca do papel das tecnologias

educativas. Nessa perspectiva, o cuidado deixa de ser concebido exclusivamente como um conjunto de procedimentos técnicos e passa a ser entendido como prática social, construída no encontro entre profissionais, usuários e comunidades, permeada por valores, saberes e contextos de vida. Assim, as tecnologias educativas não se restringem a recursos materiais ou digitais, mas englobam métodos, estratégias pedagógicas e dispositivos comunicacionais que favorecem o diálogo, a escuta qualificada e a construção compartilhada do conhecimento (Ayres, 2017).

A produção científica contemporânea no campo da Saúde Coletiva reconhece as tecnologias educativas como dispositivos estratégicos de cuidado, ao favorecerem processos dialógicos, reflexivos e participativos na relação entre sujeitos, serviços e territórios. Quando incorporadas às práticas de educação em saúde, ampliam a compreensão crítica acerca das condições de vida e dos determinantes sociais da saúde, fortalecendo a autonomia individual e coletiva na tomada de decisões relacionadas ao cuidado. Nessa perspectiva, assumem dimensão ético-política ao contribuírem para práticas alinhadas aos princípios da integralidade, equidade e humanização no SUS (Ayres, 2017; Merhy et al., 2019; Brasil, 2025; WHO, 2023; OPAS, 2022).

No âmbito da Saúde Coletiva, a tipologia das tecnologias em saúde proposta por Merhy permanece atual e fundamental para a análise das práticas de cuidado e educação em saúde. O autor distingue três dimensões: as tecnologias leves, que se materializam no encontro, na escuta, no acolhimento e na produção de vínculos; as leve-duras, constituídas pelos saberes estruturados (clínicos, epidemiológicos, pedagógicos) que orientam o trabalho; e as duras, representadas por equipamentos, instrumentos e dispositivos materiais. As tecnologias educativas transitam entre essas dimensões: um material impresso, por exemplo, pode operar como tecnologia dura, mas só produz cuidado quando mobilizado por relações dialógicas e saberes contextualizados, evidenciando a centralidade do trabalho vivo em ato e das relações interpessoais na produção do cuidado em saúde (Merhy, 2014; Merhy et al., 2019).

A adoção de tecnologias educativas no cuidado em saúde torna-se ainda mais potente quando fundamentada nos pressupostos da EPS e, porque não dizer, do LS. Essa abordagem valoriza o diálogo horizontal, o respeito aos saberes populares e a construção coletiva do conhecimento, rompendo com modelos educativos prescritivos e verticalizados (Cruz et al., 2020). Nesse contexto, as tecnologias deixam de ser instrumentos de imposição de condutas e passam a atuar como dispositivos de emancipação, capazes de fomentar a consciência crítica e a participação social.

A literatura contemporânea reconhece as tecnologias educativas como dispositivos estratégicos de qualificação do cuidado, ao favorecerem processos dialógicos, fortalecerem vínculos e ampliarem a autonomia dos sujeitos nos territórios. Inseridas em práticas educativas críticas e participativas, contribuem para a construção compartilhada de sentidos sobre o processo saúde-doença-cuidado, ampliando a participação social e a corresponsabilização nas ações de promoção da saúde, em consonância com os princípios da integralidade e da equidade no SUS (Brasil, 2025; OPAS, 2022; WHO, 2023).

Observa-se ampliação expressiva do uso de tecnologias digitais no cuidado em saúde, impulsionada pela difusão das tecnologias de informação e comunicação e pela necessidade de reorganização dos processos de cuidado nos sistemas de saúde.

Ferramentas como plataformas digitais, vídeos educativos, aplicativos, mídias sociais e ambientes virtuais de aprendizagem vêm sendo incorporadas às práticas de educação em saúde e de apoio ao cuidado, ampliando o acesso à informação e fortalecendo a comunicação entre profissionais, serviços e usuários (Merhy et al., 2019; WHO, 2019). Quando orientadas por abordagens dialógicas e críticas, essas tecnologias contribuem para práticas de cuidado mais integrais, participativas e centradas nos sujeitos.

Entretanto, a literatura alerta que o uso não reflexivo das tecnologias digitais em saúde pode aprofundar desigualdades sociais e produzir práticas de cuidado fragmentadas. Barreiras relacionadas ao letramento digital, às condições

de acesso, à acessibilidade para populações vulnerabilizadas, bem como questões éticas envolvendo privacidade e proteção de dados, configuram desafios centrais para a adoção dessas tecnologias. Nesse sentido, organismos internacionais e autores da Saúde Coletiva destacam que a incorporação de tecnologias digitais no cuidado em saúde deve ser orientada por princípios de equidade, justiça social e avaliação contínua de seus impactos, de modo a evitar a exclusão de grupos historicamente marginalizados (WHO, 2019; Castells, 2020).

No âmbito do SUS, o uso destas tecnologias no cuidado em saúde encontra respaldo em políticas públicas que reafirmam a educação em saúde como eixo estruturante das ações de cuidado e promoção da saúde. A Política Nacional de Educação Popular em Saúde e a Política Nacional de Promoção da Saúde reconhecem a importância das práticas educativas participativas e do uso de tecnologias educativas como estratégias para fortalecer a autonomia, a participação social e o controle social no sistema de saúde (Brasil, 2013; Brasil, 2023). O LS se insere neste contexto (WHO, 2021), ao detalhar estratégias de melhora da comunicação para cada tipo de tecnologia educativa utilizada (Brach, 2024). Essas diretrizes reforçam a necessidade de integrar educação, cuidado e gestão, promovendo práticas alinhadas às necessidades dos territórios.

Cabe destacar que as tecnologias educativas não substituem o encontro entre profissional e usuário, mas o potencializam. A escuta qualificada, o acolhimento e o diálogo permanecem centrais no cuidado em saúde, sendo as tecnologias educativas mediadoras que ampliam a compreensão mútua, favorecem a comunicação e fortalecem a construção de projetos terapêuticos compartilhados (Ayes, 2017). Nesse sentido, o cuidado mediado por tecnologias educativas reafirma o caráter relacional, ético e político das práticas em saúde.

Dessa forma, compreende-se que o uso de tecnologias educativas no cuidado em saúde, quando fundamentado em abordagens críticas, participativas e contextualizadas, configura-se como uma prática potente para a promoção da saúde e a qualificação do cuidado integral. Ao articular saberes técnicos e populares, relações interpessoais, recursos tecnológicos e estratégias

bem delineadas, essas tecnologias contribuem para a formação de sujeitos mais conscientes, autônomos e corresponsáveis, consolidando a educação em saúde como dimensão indissociável do cuidado no SUS.

A extensão universitária como espaço privilegiado do cuidado

Educação popular, métodos participativos e tecnologias educativas encontram, na extensão universitária, o locus institucional que os integra e os operacionaliza, traduzindo-se em práticas concretas de cuidado no encontro entre universidade, serviços e territórios.

A extensão universitária ocupa papel central na consolidação de práticas em saúde comprometidas com transformação social, equidade e integralidade. Ao aproximar universidade e sociedade, favorece o diálogo entre saberes acadêmicos e populares, contribuindo para a problematização das realidades locais e a construção compartilhada de respostas às necessidades dos territórios. Nesse sentido, ultrapassa o caráter complementar ao ensino e à pesquisa e afirma-se como dimensão estruturante da formação acadêmica e da atuação em saúde, especialmente no contexto do SUS (Forproex, 2012; Brasil, 2023).

Destaque-se que já há cursos de graduação e pós-graduação no Brasil que incorporaram disciplinas de letramento em saúde em seus currículos, como forma de fortalecer ainda mais a extensão universitária, como por exemplo, a Universidade Estadual do Ceará, Universidade Estadual de Montes Claros e Universidade Federal de Goiás, entre outras.

A extensão fundamenta-se no princípio da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, reconhecendo que o conhecimento se qualifica quando dialoga criticamente com demandas sociais concretas. Essa perspectiva rompe com modelos assistencialistas e verticalizados e avança para uma abordagem dialógica e emancipatória, na qual a comunidade é reconhecida como sujeito ativo

dos processos educativos e das práticas de saúde (Freire, 1996).

No campo da saúde, as ações extensionistas favorecem práticas educativas e assistenciais orientadas pelos determinantes sociais e pelas especificidades territoriais. O cuidado, nesse contexto, não se limita à execução de intervenções pontuais, mas se constrói de forma relacional, por meio da escuta qualificada, do acolhimento e da corresponsabilização entre profissionais, estudantes e comunidade. Tal compreensão dialoga com a concepção de cuidado como prática ética e política produzida no encontro entre sujeitos (Ayres, 2017).

Essas experiências ampliam a compreensão do processo saúde-doença-cuidado, evidenciando que as necessidades de saúde extrapolam o campo biológico e se articulam às condições de vida, trabalho, cultura e acesso a direitos (Ceccim; Ferla, 2008; Giovanella et al., 2012). O cuidado deixa, assim, de ser estritamente tecnicista e passa a ser entendido como construção coletiva e socialmente situada.

A educação em saúde desenvolvida na extensão diferencia-se de práticas tradicionais ao privilegiar metodologias participativas e problematizadoras, alinhadas aos pressupostos da Educação Popular em Saúde. Estratégias como rodas de conversa, oficinas, atividades lúdicas e construção compartilhada de tecnologias educativas potencializam processos formativos mais sensíveis e emancipatórios (Cruz et al., 2020; Brasil, 2013).

Para os estudantes da área da saúde, a inserção em contextos sociais concretos favorece a articulação entre teoria e prática e o desenvolvimento de competências técnicas, éticas e políticas necessárias à atuação no SUS. Conforme Santana et al. (2021), a extensão, ao assumir caráter educativo e dialógico, contribui para a formação crítica, para o fortalecimento do trabalho em equipe e para uma compreensão ampliada das necessidades das populações.

A curricularização da extensão, consolidada pelas Diretrizes Nacionais para a Extensão na Educação Superior, reforça esse papel ao tornar obrigatória sua inserção nos currículos de graduação. No campo da saúde,

tal diretriz fortalece a integração ensino-serviço-comunidade e amplia a articulação com a Atenção Primária à Saúde e com as redes de atenção (Forproex, 2012; Brasil, 2023).

Outro aspecto relevante refere-se à produção de tecnologias educativas. Quando construídas em diálogo com os territórios, cartilhas, jogos, vídeos e demais materiais apresentam maior potencial de apropriação social e efetividade, por considerarem dimensões culturais e simbólicas dos sujeitos envolvidos (Cruz et al., 2020; Forproex, 2019).

A atuação extensionista também contribui para o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde e da Estratégia Saúde da Família, ao favorecer a identificação de necessidades locais, a promoção da saúde e a prevenção de agravos. Essas iniciativas ampliam a capacidade de resposta dos serviços e reforçam práticas orientadas pela integralidade e pela participação social (Starfield, 2002; Brasil, 2017).

Apesar dessas potencialidades, persistem desafios institucionais, como fragilidade de políticas contínuas, dificuldades de integração curricular e escassez de financiamento. Tais entraves limitam o alcance transformador da extensão e indicam a necessidade de valorização acadêmica e avaliação sistemática de seu impacto social (Nogueira, 2000).

Dessa forma, quando orientada por princípios éticos e dialógicos, a extensão universitária consolida-se como estratégia relevante para qualificar a formação em saúde e fortalecer práticas comprometidas com as necessidades sociais, reafirmando a educação em saúde como dimensão constitutiva do cuidado no SUS.

As reflexões desenvolvidas ao longo deste capítulo podem ser sintetizadas no quadro a seguir, que evidencia como educação popular, métodos participativos, tecnologias educativas e extensão universitária se articulam na produção do cuidado em saúde.

Quadro 1. Interfaces entre educação popular, métodos participativos, tecnologias educativas e extensão universitária, e suas contribuições à qualificação do cuidado em saúde. Picos-Piauí, 2026.

Pressupostos da educação popular (EP)	Pressupostos dos métodos participativos (MP)	Pressupostos das tecnologias educativas (TE)	Pressupostos da extensão universitária (EU)	Contribuições interrelacionadas da EP, MP, TE e EU na qualificação do cuidado
Diálogo e valorização dos saberes populares	Escuta qualificada e construção coletiva	Tecnologias como mediadoras do diálogo	Indissociabilidade ensino-pesquisa-extensão	Educação em Saúde é uma prática de cuidado ético, político e transformador.
Protagonismo dos sujeitos	Centralidade do usuário no processo educativo	Promoção da autonomia e do autocuidado	Formação crítica e socialmente referenciada	Fortalecimento da autonomia e corresponsabilização no cuidado
Problematização da realidade	Aprendizagem baseada em situações concretas	Recursos pedagógicos contextualizados ao território	Integração ensino-serviço-comunidade	Práticas territorializadas e sensíveis aos determinantes sociais
Compromisso com transformação social	Participação ativa e reflexiva	Uso crítico de tecnologias leves, leve-duras e duras	Atuação interprofissional e interdisciplinar	Produção de cuidado integral e colaborativo
Emancipação e equidade	Construção compartilhada de soluções	Ampliação do acesso à informação qualificada	Compromisso com o SUS e necessidades sociais	Qualificação do cuidado com base na integralidade, equidade e participação social

Considerações Finais

A educação popular em saúde, articulada aos métodos participativos e ao uso de tecnologias educativas, fortalece práticas de cuidado centradas no usuário, promovendo diálogo, autonomia e corresponsabilização. Essas abordagens contribuem para a produção de cuidado mais integral, humanizado

e sensível às realidades dos territórios, principalmente quando alinhadas aos fundamentos do letramento em saúde.

A extensão universitária configura-se como espaço privilegiado para a integração entre universidade, serviços e comunidade, potencializando processos formativos e práticas comprometidas com os princípios do SUS. Dessa forma, reafirma-se a relevância dessas estratégias na qualificação do cuidado em saúde, e construção de práticas democráticas e socialmente referenciadas.

Persiste, contudo, o desafio de articular essas potencialidades em escala e em contextos marcados por desigualdades. A expansão das tecnologias digitais no cuidado, embora amplie o acesso à informação, pode aprofundar fossos quando descolada de estratégias de letramento em saúde e de políticas de inclusão digital. Da mesma forma, a curricularização da extensão exige condições institucionais (financiamento, valorização docente e indicadores próprios de avaliação) que ainda não estão plenamente consolidadas. Avançar nessas frentes constitui agenda urgente para a Saúde Coletiva, tanto na produção acadêmica quanto na formulação de políticas públicas, de modo a sustentar a educação em saúde como prática efetiva de cuidado no SUS.

Referências

Albuquerque, P., & Stotz, E. N. (2004). A educação popular na atenção básica à saúde no município: Em busca da integralidade. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 8(15), 259–274.

Ayres, J. R. C. M. (2004). Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 8(14), 73–92.

Ayres, J. R. C. M. (2017). *Cuidado: Trabalho, interação e saber nas práticas de saúde*. CEPESC; IMS/UERJ; ABRASCO.

Brasil. Ministério da Educação. (2023). *Diretrizes nacionais para a extensão na educação superior*. MEC.

Brasil. Ministério da Saúde. (2013). *Política nacional de educação popular em saúde no SUS*. Ministério da Saúde.

- Brasil. Ministério da Saúde. (2017). *Política nacional de atenção básica (PNAB)*. Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2023). *Política nacional de promoção da saúde*. Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2025). *III caderno de educação popular em saúde*. Ministério da Saúde.
- Brach, C. (Ed.). (2024). *AHRQ health literacy universal precautions toolkit* (3rd ed.). Agency for Healthcare Research and Quality.
- Castells, M. (2020). *A sociedade em rede* (21ª ed.). Paz e Terra.
- Ceccim, R. B., & Ferla, A. A. (2008). Educação e saúde: Ensino e cidadania como travessia de fronteiras. *Trabalho, Educação e Saúde*, 6(3), 443–456.
- Ceccim, R. B., & Feuerwerker, L. C. M. (2004). O quadrilátero da formação para a área da saúde: Ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis*, 14(1), 41–65.
- Cruz, P. J. S. C. (Org.). (2018). *Educação popular em saúde: Desafios atuais*. Hucitec.
- Forproex. (2012). *Extensão universitária: Políticas e diretrizes*. Forproex.
- Forproex. (2019). *Política nacional de extensão universitária*. Forproex.
- Freire, P. (1996). *Pedagogia da autonomia: Saberes necessários à prática educativa* (60ª ed.). Paz e Terra.
- Freire, P. (2019). *Pedagogia do oprimido* (91ª ed.). Paz e Terra.
- Giovanella, L., et al. (2012). *Políticas e sistema de saúde no Brasil* (2ª ed.). Fiocruz.
- Merhy, E. E. (2014). *Saúde: A cartografia do trabalho vivo*. Hucitec.
- Merhy, E. E., Feuerwerker, L. C. M., Santos, M. L. M., Bertussi, D. C., & Baduy, R. S. (2019). Rede básica, campo de forças e micropolítica: Implicações para a gestão e cuidado em saúde. *Saúde em Debate*, 43(Esp. 6), 70–83.
- M-POHL. (2023). *Health literacy policies – How can they be developed and implemented?* International Coordination Center of M-POHL.
- Nogueira, M. D. P. (Org.). (2000). *Extensão universitária: Diretrizes conceituais e políticas*. PROEX/UFGM; O Fórum.
- Rudd, R. E., & Comings, J. P. (1994). Learner developed materials: An empowering product. *Health Education Quarterly*, 21(3), 313–327.
- Santana, R. R., Santana, C. C. A. P., Costa Neto, S. B., & Oliveira, Ê. C. (2021). Extensão universitária como prática educativa na promoção da saúde. *Educação & Realidade*, 46(2), e98702.
- Sampaio, H. A. C., & Ferreira, F. V. (2025). Organização letrada em saúde: Tempo de estar presente na formulação de políticas públicas. In B. M. Tabak et al. (Orgs.), *Políticas públicas em*

saúde: Letramento em saúde. Arraes Editores.

Starfield, B. (2002). *Atenção primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. UNESCO; Ministério da Saúde.

U.S. Department of Health and Human Services. (2020). *Healthy People 2030: Health literacy definitions*. <https://health.gov>

World Health Organization. (2019). *WHO guideline: Recommendations on digital interventions for health system strengthening*. WHO.

World Health Organization. (2021). *Health promotion glossary of terms 2021*. WHO.

World Health Organization. (2023). *Global health literacy development report 2023*. WHO.

Organização Pan-Americana da Saúde. (2022). *Estratégia e plano de ação sobre alfabetização em saúde na Região das Américas 2022–2030*. OPAS.



CAPÍTULO 5

CUIDADOS NUTRICIONAIS E ALIMENTAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Danilla Michelle Costa e Silva
Natália Santos Luz
Matheus Osvaldo da Silva Luz
Maria da Glória Feitosa Alencar Neta
Kélio Moraes dos Reis
Artemizia Francisca de Sousa

Sobre este capítulo:

Da desnutrição generalizada até a dupla carga de má nutrição que marca o cenário contemporâneo, o capítulo percorre a transição nutricional brasileira e as políticas públicas que buscam enfrentá-la no âmbito do SUS, a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), o Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE) e os programas de transferência de renda, situando a garantia do Direito Humano à Alimentação Adequada como eixo que conecta a prevenção das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, a redução da insegurança alimentar e o fortalecimento de sistemas de saúde mais equitativos.

Reconhecida como um dos Determinantes Sociais da Saúde que estruturam as condições de vida, trabalho e acesso a recursos das populações

(Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde, 2008; Marmot, 2004), a alimentação constitui também direito humano fundamental, garantido a todos os indivíduos pela Constituição Federal de 1988, em seu artigo 6º, que dispõe sobre os direitos sociais, mantendo relação direta com a saúde e o bem-estar populacional (Brasil, 2010). O acesso regular a uma alimentação adequada, em quantidade e qualidade suficientes, associa-se a melhores condições de saúde, maior qualidade de vida e incremento da produtividade, configurando-se como componente essencial do desenvolvimento humano e social (Vilar-Compte et al., 2025).

Esse direito articula-se aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Organização das Nações Unidas, especialmente ao ODS 2, voltado à erradicação da fome e à promoção da segurança alimentar e nutricional. Apesar de o Brasil ter saído do Mapa da Fome da ONU em 2025, persistem desafios relevantes, considerando que parcela expressiva da população permanece em situação de vulnerabilidade socioeconômica, o que sustenta níveis elevados de insegurança alimentar e nutricional (Goulart et al., 2025).

Nesse cenário, a nutrição assume papel estratégico na promoção da saúde, prevenção de doenças e redução das desigualdades sociais, uma vez que o acesso a alimentos adequados configura determinante central das condições de saúde. Tal acesso deve contemplar não apenas dimensões nutricionais, mas também fatores biológicos, culturais, sociais e ambientais que condicionam práticas alimentares, respeitando hábitos locais, contextos socioeconômicos e a sustentabilidade dos sistemas alimentares ao longo do curso da vida (Vilar-Compte et al., 2025).

Uma alimentação equilibrada, baseada predominantemente em alimentos in natura e minimamente processados, contribui de maneira significativa para a prevenção de agravos, particularmente das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), como doenças cardiovasculares, diabetes mellitus e neoplasias. Paralelamente, intervenções nutricionais direcionadas à prevenção e ao controle da desnutrição, deficiências de micronutrientes e

insegurança alimentar e nutricional constituem estratégias essenciais para o enfrentamento das desigualdades em saúde, sobretudo em países de baixa e média renda, onde tais agravos permanecem relevantes (Kliemann et al., 2023).

Diante desse contexto, ressalta-se a centralidade das políticas públicas de alimentação e nutrição no Brasil como instrumentos estruturantes para a promoção de práticas alimentares saudáveis e a redução das desigualdades associadas à insegurança alimentar. Destacam-se, nesse âmbito, a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN), o Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), o Programa Bolsa Família e o Guia Alimentar para a População Brasileira, os quais orientam ações integradas voltadas à melhoria das condições de vida, especialmente de grupos socialmente vulneráveis, contribuindo para a efetivação do Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) (Jurca, 2024).

Nesse sentido, o presente estudo objetiva analisar o papel da alimentação e da nutrição no contexto da saúde pública brasileira, considerando a evolução histórica, as diretrizes alimentares, as políticas públicas e os principais desafios contemporâneos que incidem sobre a população.

Contexto Histórico-Social da Alimentação e Nutrição no Brasil

A evolução da alimentação no Brasil acompanhou as transformações sociais, políticas e econômicas ocorridas ao longo do século XX e início do XXI. Até a década de 1970, predominava um cenário de elevada desnutrição, caracterizado por altas taxas de mortalidade infantil, baixa expectativa de vida e expressivas carências nutricionais entre mulheres, crianças e populações vulneráveis, refletindo desigualdades sociais e fragilidades estruturais nos sistemas de saúde e alimentação. A partir da década de 1970, tornou-se

mais evidente o processo de transição nutricional, marcado pela redução progressiva da desnutrição e pelo aumento simultâneo do sobrepeso e da obesidade. Apesar dessas mudanças, carências específicas, como a anemia, permaneceram prevalentes em distintos grupos populacionais, indicando que a transição ocorreu de forma desigual e heterogênea (Louzada & Gabe, 2025).

Nas décadas seguintes, especialmente a partir dos anos 1990, o excesso de peso e a obesidade passaram a ocupar posição central entre os agravos nutricionais, atingindo parcela significativa da população adulta. Paralelamente, a desnutrição não foi totalmente superada, permanecendo concentrada em segmentos socialmente vulneráveis, evidenciando a coexistência de múltiplas formas de má nutrição. Esse cenário associa-se a mudanças no padrão alimentar, caracterizadas pela redução do consumo de alimentos tradicionais, como arroz e feijão, e pela ampliação da ingestão de alimentos processados e ultraprocessados, geralmente ricos em açúcares, gorduras e sódio, e pobres em frutas e hortaliças (Louzada & Gabe, 2025).

Tais transformações ocorreram em um contexto de urbanização, industrialização e globalização, processos que reconfiguraram os sistemas alimentares e favoreceram a substituição de preparações tradicionais por produtos industrializados, influenciados pela reorganização do trabalho e pela redução do tempo destinado ao preparo das refeições (Sousa & Paim, 2023). Como consequência, observou-se crescimento expressivo das doenças crônicas não transmissíveis, responsáveis por parcela substancial da mortalidade recente, reforçando a relação entre mudanças alimentares, transição nutricional e DCNT, e evidenciando a necessidade de políticas públicas integradas.

Políticas Públicas em Saúde Coletiva

Diante desse quadro epidemiológico complexo, as políticas públicas de alimentação e nutrição assumem caráter estratégico para a promoção da saúde

e para o enfrentamento das desigualdades. A atuação estatal busca responder à coexistência entre insegurança alimentar, carências nutricionais e DCNT por meio de estratégias intersetoriais que articulam proteção social, vigilância em saúde, educação alimentar e garantia do direito humano à alimentação adequada. Nessa perspectiva, a alimentação é compreendida não apenas como dimensão biológica, mas como componente central das políticas de equidade e justiça social (Verly Junior et al., 2023).

Política Nacional de Alimentação e Nutrição e Estrutura do SUS

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) constitui marco estruturante das ações de alimentação e nutrição no Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo diretrizes voltadas à promoção da alimentação adequada e saudável, à vigilância nutricional, à prevenção de agravos e ao cuidado integral ao longo do curso da vida (Brasil, 2023). Fundamentada nos princípios da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) e do Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA), a PNAN reconhece a alimentação como determinante social da saúde e orienta a organização das ações de forma descentralizada e integrada às redes de atenção.

No plano operacional, a Atenção Primária à Saúde ocupa papel central na implementação dessas ações, configurando-se como espaço privilegiado para promoção da saúde, educação alimentar e acompanhamento longitudinal do estado nutricional. A incorporação dessas práticas na APS permite enfrentar de maneira mais efetiva a complexidade do cenário nutricional contemporâneo. Nesse contexto, os dados produzidos pelo SISVAN possibilitam a identificação de tendências, o reconhecimento de grupos vulneráveis e a definição de prioridades, qualificando os processos decisórios (Rolim et al., 2022).

Vigilância Nutricional e o SISVAN

A vigilância alimentar e nutricional representa componente essencial das políticas públicas em saúde coletiva, sendo operacionalizada no Brasil pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN). O sistema constitui instrumento estratégico para o monitoramento contínuo do estado nutricional e do consumo alimentar da população atendida na rede pública, permitindo a produção de informações epidemiológicas fundamentais para o planejamento, implementação e avaliação de políticas e programas. A análise desses dados contribui para decisões mais fundamentadas, melhor alocação de recursos e fortalecimento da gestão (Nascimento et al., 2020).

Apesar da ampliação progressiva de sua cobertura, o SISVAN ainda enfrenta desafios relacionados à qualidade dos registros, heterogeneidade regional e limitações organizacionais e tecnológicas. Evidências indicam que fatores institucionais e estruturais influenciam diretamente a qualidade das informações, ressaltando a necessidade de fortalecimento da integração administrativa e digital (Nascimento et al., 2020).

PNAE e Bolsa Família na Segurança Alimentar

Além das políticas setoriais de saúde, a promoção da Segurança Alimentar e Nutricional envolve estratégias intersetoriais voltadas aos determinantes estruturais do acesso à alimentação. Nesse âmbito, destacam-se o Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE) e os programas de transferência de renda. O PNAE constitui uma das mais abrangentes políticas de alimentação institucional, assegurando refeições nutricionalmente adequadas e promovendo educação alimentar e estímulo à produção local (Bicalho & Villar, 2022).

De forma complementar, os programas de transferência de renda ampliam a capacidade aquisitiva de famílias em situação de vulnerabilidade

social, favorecendo a mitigação da insegurança alimentar e o acesso regular e adequado aos alimentos. Essas políticas constituem instrumentos essenciais de proteção social e de enfrentamento das desigualdades. Nesse contexto, evidenciam que a alimentação ultrapassa a dimensão estritamente biológica, configurando-se como eixo estruturante da saúde coletiva e elemento estratégico na redução das iniquidades sociais. Assim, a garantia do Direito Humano à Alimentação Adequada contribui, simultaneamente, para a prevenção das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), para a diminuição das desigualdades e para o fortalecimento de sistemas de saúde mais equitativos (Bicalho & Villar, 2022).

Diretrizes Alimentares Brasileiras

Guias alimentares constituem documentos oficiais que reúnem recomendações voltadas à promoção da saúde. No Brasil, o Guia Alimentar para Crianças Menores de Dois Anos (2002) representou marco relevante nas políticas públicas brasileiras. Essa produção era destinada, principalmente, à capacitação técnica dos diversos profissionais que atuavam no campo da alimentação infantil, especialmente, nutricionistas. Posteriormente, o Guia Alimentar para a População Brasileira (2006) reuniu orientações alimentares com o objetivo de prevenir os agravos prioritários à época, como mortes prematuras causadas por doenças crônicas não transmissíveis, carências nutricionais e doenças infecciosas.

Em estudo sobre a transição nutricional, evidenciou-se o rápido declínio da desnutrição infantil e o aumento do excesso de peso em adultos, no Brasil, especialmente na zona urbana e em algumas regiões do país. Esse complexo processo refletiu transformações estruturais, de assistência à saúde e mudanças nos padrões de consumo alimentar da população brasileira (Batista Filho & Rissin, 2003). Nesse contexto, foi proposta a classificação

NOVA, baseada na extensão e propósito do processamento dos alimentos, classificando-os em alimentos *in natura* ou minimamente processados, processados e ultraprocessados (Monteiro et al., 2010).

A classificação NOVA impulsionou uma mudança no paradigma alimentar brasileiro e se consolidou como referência, sendo aplicada em estudos epidemiológicos e incorporada aos Guias Alimentares (Brasil, 2014; 2019). Tendo como alvo as famílias e população brasileiras, os Guias brasileiros passaram a adotar linguagem acessível e abordagem ampliada, contemplando aspectos relacionados à comensalidade, ambientes para aquisição de alimentos e sustentabilidade, além de aspectos culturais, sociais e ambientais. No Guia para Crianças, destacam-se recomendações relativas ao aleitamento materno, alimentação complementar adequada e restrição ao consumo de ultraprocessados (Brasil, 2019).

A classificação NOVA adquiriu relevância internacional, especialmente diante das evidências que associam alimentos ultraprocessados a desfechos adversos em saúde, incluindo DCNT. Reconhecendo-se os prejuízos que o elevado consumo de alimentos ultraprocessados tem causado à humanidade, em publicação recente, o *The Lancet* reforçou a necessidade de ações globais voltadas à regulação dos sistemas alimentares, com vistas a um sistema alimentar que priorize produtores locais, a preservação das transições alimentares culturais e a saúde da população (Baker et al., 2025).

Os Guias Alimentares brasileiros, portanto, adotam perspectiva abrangente e crítica, reconhecendo a alimentação como fenômeno biológico, social e cultural. Configuram-se como instrumentos estratégicos de promoção da saúde, exigindo ampla divulgação e fortalecimento de ambientes alimentares saudáveis.

Desafios na Alimentação e Nutrição em Saúde Pública

A insegurança alimentar e a fome permanecem como desafios relevantes no Brasil. Dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

Contínua (PNAD Contínua), divulgados pelo IBGE, indicam que, em 2023, aproximadamente 27,6% dos domicílios brasileiros vivenciavam algum grau de insegurança alimentar, refletindo um contexto socioeconômico ainda influenciado por condições estruturais recentes. Desse contingente, 18,2% apresentavam insegurança alimentar leve, caracterizada pela preocupação ou incerteza quanto ao acesso aos alimentos, enquanto 5,3% encontravam-se em situação moderada, marcada pela redução quantitativa da alimentação entre adultos ou crianças (IBGE, 2023).

Apesar de avanços observados nos últimos anos, os dados evidenciam que parcela expressiva da população, especialmente grupos socialmente vulneráveis, ainda enfrenta dificuldades de acesso a uma alimentação adequada. As desigualdades regionais e socioeconômicas configuram fatores determinantes desse cenário, influenciando tanto a disponibilidade quanto o acesso aos alimentos. Observa-se distribuição heterogênea da insegurança alimentar no território nacional, com maior prevalência nas regiões Norte e Nordeste, embora estudos recentes indiquem expansão gradual do problema em regiões historicamente mais favorecidas, como Sul, Sudeste e Centro-Oeste. Ademais, coexistem distintos níveis de insegurança alimentar dentro de uma mesma região, evidenciando desigualdades intrarregionais, particularmente em áreas periféricas dos grandes centros urbanos. Destaca-se, ainda, a maior ocorrência em domicílios com pessoas idosas, frequentemente associada a limitações econômicas, funcionais e sociais que comprometem o acesso a alimentos adequados (Cherol et al., 2023).

As condições socioeconômicas e demográficas exercem influência direta sobre o acesso a alimentos saudáveis. Fatores como baixa renda per capita, residência em territórios com oferta limitada de alimentos in natura, acesso restrito a serviços essenciais — incluindo saúde, educação e saneamento, e maior vulnerabilidade social intensificam as barreiras à alimentação adequada. Soma-se a esse contexto a predominância de ambientes alimentares caracterizados pela ampla disponibilidade de alimentos

processados e ultraprocessados, cujas características de menor custo relativo e maior durabilidade favorecem sua expansão nos domicílios brasileiros. Tal dinâmica ocorre em detrimento do consumo de alimentos in natura e minimamente processados, com repercussões negativas sobre a qualidade da dieta e aprofundamento das desigualdades (Cherol et al., 2023).

A fragilidade das políticas públicas de alimentação e nutrição contribui para a persistência desse quadro, estando associada à descontinuidade político-institucional, ao subfinanciamento crônico e à limitada articulação intersetorial entre áreas estratégicas, como saúde, assistência social, educação e agricultura. Acrescentam-se a esses fatores as desigualdades regionais na capacidade de implementação das ações, a influência do sistema alimentar industrializado, que impõe obstáculos à regulação do mercado e à promoção de ambientes alimentares saudáveis, e a insuficiência de mecanismos consistentes de monitoramento e avaliação. Esses elementos comprometem o planejamento, a gestão e a tomada de decisão baseados em evidências (Goulart et al., 2025).

Tais fragilidades repercutem diretamente nas condições de vida da população, sobretudo entre grupos em maior vulnerabilidade socioeconômica, que dependem das políticas públicas para assegurar o acesso regular à alimentação. A redução da cobertura e da efetividade das ações amplia a insegurança alimentar em seus diferentes níveis, restringe o acesso a alimentos saudáveis e intensifica desigualdades sociais e regionais. Como consequência, perpetuam-se ciclos de pobreza, agravam-se problemas nutricionais e ampliam-se as iniquidades em saúde, afetando de forma mais intensa famílias de baixa renda, moradores de áreas periféricas e populações residentes em territórios historicamente desfavorecidos (Goulart et al., 2025).

No cenário global, os desafios relacionados à alimentação e nutrição articulam-se à consolidação de um sistema alimentar globalizado, estruturado sob a lógica do regime alimentar corporativo. Esse modelo caracteriza-se pela hegemonia de grandes atores econômicos que reorganizam a produção e o consumo em escala internacional, frequentemente priorizando a exportação

de commodities em detrimento da segurança alimentar local. Tal dinâmica contribui para a formação de economias dependentes que, apesar dos elevados níveis de produtividade agroindustrial, convivem com a persistência da fome em regiões historicamente exportadoras (Ribeiro & Silva, 2025).

A expansão desse regime produtivo favorece a predominância de ambientes alimentares marcados pela ampla oferta de produtos ultraprocessados, geralmente associados a menor custo e reduzido valor nutricional. Evidências indicam que a atuação de corporações transnacionais influencia diretamente os padrões de consumo, intensificando desigualdades no acesso a alimentos saudáveis. Esse contexto reflete disparidades socioeconômicas expressivas, nas quais a insegurança alimentar incide de forma mais severa sobre populações vulneráveis e segmentos com menor escolaridade, ressaltando a necessidade de revisão e fortalecimento das políticas de proteção social (Santos et al., 2021).

Paralelamente, às mudanças climáticas impõem desafios estruturais à sustentabilidade dos sistemas alimentares. O aumento das temperaturas globais e as alterações nos regimes de precipitação comprometem a produtividade agrícola e ampliam a vulnerabilidade de populações dependentes da agricultura. Além dos impactos diretos sobre as culturas, observam-se efeitos relevantes sobre a disponibilidade de água, a qualidade do solo e a biodiversidade, elementos essenciais para a estabilidade dos sistemas produtivos. Eventos climáticos extremos intensificam processos de degradação ambiental e ampliam riscos à segurança alimentar, demandando práticas agrícolas mais resilientes e integradas às políticas públicas (Smith et al., 2020).

Adicionalmente, pandemias e crises econômicas evidenciam e aprofundam as fragilidades do sistema alimentar global. A pandemia da Covid-19 demonstrou que choques sanitários e econômicos podem comprometer cadeias produtivas, reduzir renda e ampliar a insegurança alimentar, mesmo diante da adoção de medidas emergenciais. Esse contexto revelou a vulnerabilidade de populações inseridas em sistemas globalizados, nos quais a concentração de poder econômico e a dependência de mercados

internacionais limitam a capacidade de resposta frente a situações críticas, ampliando desigualdades sociais e alimentares (CEPAL, 2021).

Considerações Finais

As reflexões apresentadas neste capítulo reforçam que a alimentação e a nutrição constituem eixos estruturantes da Saúde Coletiva, demandando políticas públicas fortes, contínuas e articuladas entre diferentes setores. A persistência da insegurança alimentar, a coexistência de múltiplas formas de má nutrição e o avanço das doenças crônicas não transmissíveis evidenciam que intervenções fragmentadas são insuficientes. Torna-se fundamental o fortalecimento de estratégias intersetoriais que promovam equidade, sustentabilidade e efetividade das ações, assegurando o direito humano à alimentação adequada e saudável.

Nesse cenário, destaca-se o papel estratégico do nutricionista na saúde pública, cuja atuação envolve vigilância nutricional, educação alimentar e nutricional, planejamento e qualificação do cuidado. Sua inserção nas redes de atenção à saúde amplia a capacidade de resposta do sistema e contribui para práticas mais integrais e resolutivas. Reafirma-se, por fim, que a alimentação adequada transcende a dimensão biológica, sendo condição essencial para o desenvolvimento humano, a redução das desigualdades e a promoção da qualidade de vida.

Referências

- Baker, P., et al. (2025). Towards unified global action on ultra-processed foods: Understanding commercial determinants, countering corporate power, and mobilising a public health response. *The Lancet*, 406, 2703–2726.
- Batista Filho, M., & Rissin, A. (2003). A transição nutricional no Brasil: Tendências regionais e temporais. *Cadernos de Saúde Pública*, 19, S181–S191.

- Bicalho, D., & Villar, B. S. (2022). O Programa Nacional de Alimentação Escolar como estratégia de promoção da alimentação adequada e saudável: Avanços e desafios contemporâneos. *Revista de Nutrição*, 35, e210187.
- Brasil. (2010). Emenda Constitucional nº 64, de 4 de fevereiro de 2010. Brasília, DF: Presidência da República.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2014). *Guia alimentar para a população brasileira* (2ª ed.). Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2019). *Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2023). *Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN)*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Cherol, C. C. S., et al. (2023). Regional and social inequalities in food insecurity in Brazil, 2013–2018. *Cadernos de Saúde Pública*, 38(12), e00083822.
- Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe. (2021). *Sistemas alimentares e COVID-19 na América Latina e no Caribe: Desafios e soluções*. Santiago: Nações Unidas.
- Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. (2008). *As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil*. Editora Fiocruz.
- Goulart, H. R., et al. (2025). O cenário da fome e da insegurança alimentar no Brasil: Contribuições às políticas públicas. *Aracê*, 7(11), e9902.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2023). *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua: Segurança alimentar*. Rio de Janeiro: IBGE.
- Jurca, G. C. (2024). A importância da consolidação de políticas públicas para a segurança alimentar no Brasil. *Revista de Constitucionalização do Direito Brasileiro*, 6(1), 195–214.
- Kliemann, N., et al. (2023). Food processing and cancer risk in Europe: Results from the prospective EPIC cohort study. *The Lancet Planetary Health*, 7(3), e219–e232.
- Louzada, M. L. C., & Gabe, K. T. (2025). Nova food classification system: A contribution from Brazilian epidemiology. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 28, e250027.
- Marmot, M. (2004). *The status syndrome: how social standing affects our health and longevity*. Times Books.
- Monteiro, C. A., et al. (2010). A new classification of foods based on the extent and purpose of their processing. *Cadernos de Saúde Pública*, 26(11), 2039–2049.
- Nascimento, F. A., et al. (2020). Organizational determinants of food and nutrition surveillance coverage in primary health care. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(12), 4871–4880.
- Ribeiro, M. T. M., & Silva, T. L. (2025). O vírus da fome: Os impactos da pandemia da Covid-19 na insegurança alimentar latino-americana. *Revista IDEAS*, 19, e025002.
- Rolim, K. M. C., et al. (2022). Cobertura e qualidade do Sistema de Vigilância Alimentar e

Nutricional no Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 25, e220012.

Santos, L. P., et al. (2021). Tendências e desigualdades na insegurança alimentar durante a pandemia de COVID-19. *Cadernos de Saúde Pública*, 37(5), e00268520.

Smith, J., et al. (2020). Mudanças climáticas e suas implicações para a produção agrícola. *Agricultural Science Review*, 15(2), 67–84.

Sousa, A. F. L., & Paim, R. T. T. (2023). Food habits of different worker categories: An integrative review. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, 20(4), 624.

Verly Junior, E., et al. (2023). Avoidable diet-related deaths and cost-of-illness with culturally optimized modifications in diet: The case of Brazil. *PLoS One*, 18(7), e0288471.

Vilar-Compte, M., et al. (2025). Impact of nutrition and health interventions on undernutrition: An overview of systematic reviews. *International Journal for Equity in Health*, 24, 281.

PARTE 2

O CUIDADO À SAÚDE NOS CICLOS DE VIDA



CAPÍTULO 6

SAÚDE DA MULHER: CUIDADO, PROMOÇÃO DA SAÚDE E AUTONOMIA REPRODUTIVA

Valéria Lima de Barros

Sobre este capítulo:

Compreendida para além dos aspectos biológicos e reprodutivos, a saúde da mulher é discutida neste capítulo a partir de três eixos articulados: o cuidado integral, a promoção da saúde e a autonomia reprodutiva, situando as desigualdades de gênero e os determinantes sociais como barreiras que atravessam o acesso aos serviços, para reafirmar a saúde sexual e reprodutiva como direito humano fundamental e caminho para práticas assistenciais mais equitativas e humanizadas.

A saúde da mulher constitui um campo complexo e multidimensional, que ultrapassa os aspectos biológicos e reprodutivos e incorpora dimensões sociais, culturais, econômicas e políticas que influenciam diretamente as condições de vida e o bem-estar feminino. Compreendê-la de forma ampliada exige considerar os determinantes sociais e as desigualdades estruturais que impactam o acesso aos serviços e os desfechos em saúde.

No Brasil, o tema foi incorporado às políticas nacionais de saúde ainda no início do século XX, quando a assistência se limitava às demandas relativas à gravidez e ao parto. A partir de uma compreensão mais abrangente do processo saúde-doença, e do protagonismo do movimento de mulheres na construção de direitos, consolidou-se a necessidade de abordagens integrais que contemplassem as diferentes dimensões da experiência feminina ao longo da vida (SOUTO; MOREIRA, 2021). Nesse percurso, as discussões sobre gênero, direitos humanos e equidade ampliaram o entendimento do tema, passando a incluir a saúde sexual, reprodutiva e o cuidado integral em todo o ciclo vital (BRANDÃO; CABRAL, 2021).

Nesse contexto, a promoção da saúde desponta como eixo estruturante das práticas assistenciais contemporâneas, compreendida como um processo que busca fortalecer a capacidade das mulheres de exercer controle sobre os determinantes de sua saúde. A promoção da saúde sexual e reprodutiva associa-se diretamente à redução de desigualdades, ao empoderamento feminino e à melhoria das condições de vida (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2024).

A autonomia reprodutiva configura-se como um dos pilares centrais da saúde da mulher e é reconhecida como direito humano fundamental, referindo-se à capacidade de decidir de forma livre, informada e responsável sobre a própria vida sexual e reprodutiva (BRUZACA; FERREIRA, 2025). De certo, essa autonomia está estreitamente relacionada às relações de poder, às desigualdades de gênero e às condições socioeconômicas, sendo frequentemente limitada em contextos de vulnerabilidade social. No cenário global, a saúde sexual e reprodutiva tem sido entendida como componente essencial dos direitos humanos e da equidade de gênero, imprescindível para alcançar melhores indicadores de saúde e promover justiça social (GHEBREYESUS et al., 2024); ainda assim, persistem desafios como barreiras de acesso aos serviços, desigualdades regionais, violência de gênero e limitações no exercício pleno da autonomia reprodutiva.

Dessa forma, a consolidação de políticas públicas e práticas de cuidado voltadas à integralidade, à promoção da saúde e à garantia da autonomia reprodutiva mostra-se essencial para a construção de sistemas de saúde mais equitativos e centrados nas necessidades das mulheres. Diante disso, este capítulo propõe discutir a saúde da mulher sob a perspectiva do cuidado integral, da promoção da saúde e da autonomia reprodutiva, destacando sua relevância para a construção de práticas assistenciais humanizadas, baseadas em direitos e orientadas para a equidade em saúde.

Cuidado Integral à Saúde da Mulher: Perspectivas e Desafios na Atenção à Saúde

Historicamente, o conceito de saúde da mulher esteve estreitamente associado à dimensão reprodutiva, notadamente à gestação, ao parto e ao puerpério. Durante grande parte do século XX, as políticas e práticas assistenciais direcionadas às mulheres foram organizadas a partir de uma perspectiva predominantemente biologicista e materno-infantil, em que a mulher era compreendida tão somente em sua função reprodutiva (BRASIL, 2011).

Tal abordagem contribuiu para avanços importantes na redução de agravos relacionados à maternidade, mas, em contrapartida, limitou a compreensão das necessidades femininas ao restringir o cuidado aos eventos pertinentes à reprodução, deixando de lado as demandas relacionadas à sexualidade, saúde mental, envelhecimento, doenças crônicas, violência, autonomia e condições sociais de vida.

No contexto brasileiro, a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) (BRASIL, 1984), em 1984, é considerado um marco histórico por propor uma ruptura com o modelo centrado exclusivamente na maternidade. O PAISM introduziu uma concepção ampliada de assistência, incluindo além do pré-natal, parto e puerpério, ações voltadas para a clínica ginecológica, climatério, planejamento familiar, infecções sexualmente

transmissíveis, câncer de colo de útero e de mama e outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional.

Todavia, a partir das discussões promovidas pelo movimento feminista, pela Saúde Coletiva e pela ampliação do debate sobre direitos sexuais e reprodutivos, formou-se uma compreensão mais abrangente da saúde da mulher, reconhecendo-a como resultado da interação entre fatores biológicos, psicológicos, sociais, culturais e econômicos. Assim, em 2004, esse movimento foi fortalecido com a implementação da PNAISM (BRASIL, 2011), que passou a orientar ações voltadas à garantia dos direitos das mulheres, à ampliação do acesso aos serviços de saúde e à qualificação da assistência em todas as fases da vida.

Desse modo, a PNAISM representa uma mudança paradigmática ao reconhecer que as mulheres possuem necessidades diversas e atravessadas por desigualdades sociais e de gênero. A política incorpora temas como direitos sexuais e reprodutivos, planejamento familiar, atenção obstétrica humanizada, prevenção e controle dos cânceres ginecológicos e mamários, atenção às mulheres em situação de violência, saúde mental, climatério, menopausa e atenção às populações femininas em contextos de maior vulnerabilidade. Além disso, reafirma a importância da atenção primária à saúde como espaço estratégico para a coordenação do cuidado e para a garantia da continuidade assistencial (BRASIL, 2011).

Nesse cenário, o princípio da integralidade, fundamento do Sistema Único de Saúde (SUS), assume papel central na organização do cuidado à saúde da mulher. A integralidade pressupõe superar práticas fragmentadas e oferecer uma atenção que articule promoção da saúde, prevenção de doenças, assistência terapêutica e reabilitação, considerando as dimensões biológicas, psicológicas e sociais das mulheres. Dessa forma, o cuidado integral reconhece que as demandas femininas não podem ser atendidas apenas por procedimentos clínicos isolados, mas requerem escuta qualificada, vínculo, acolhimento e participação ativa das mulheres nas decisões relacionadas à própria saúde (Coelho et al., 2009).

A humanização da assistência constitui outro eixo fundamental da atenção integral à saúde da mulher. O cuidado humanizado envolve

reconhecer a autonomia feminina, respeitar escolhas, garantir informação adequada e estabelecer relações terapêuticas baseadas no diálogo e na corresponsabilização. No campo da saúde sexual e reprodutiva, essa perspectiva é especialmente relevante, pois historicamente as mulheres enfrentaram práticas assistenciais marcadas pela medicalização excessiva, pela limitação da autonomia e pela desconsideração de suas experiências individuais. Assim, a assistência humanizada representa não apenas uma mudança técnica, mas uma transformação ética na relação entre profissionais e usuárias.

Apesar dos avanços conceituais e normativos, a efetivação dessa atenção integral ainda enfrenta importantes desafios no Brasil. Entre eles destacam-se as desigualdades regionais no acesso aos serviços, a insuficiência de ações preventivas contínuas, dificuldades na articulação entre os níveis de atenção, fragilidades na assistência à saúde mental, persistência da violência de gênero e barreiras enfrentadas por mulheres em situações de vulnerabilidade social. Além disso, a garantia da equidade exige considerar diferenças relacionadas à raça, classe social, território, deficiência, idade e condições de vida, evitando uma abordagem homogeneizadora que desconsidere a diversidade das experiências femininas. Assim, é mister incorporar uma perspectiva interseccional para responder adequadamente às múltiplas realidades das mulheres brasileiras (Fertonani et al., 2015).

Portanto, a evolução do conceito de saúde da mulher representa uma trajetória de ampliação dos direitos, passando de um modelo restrito à maternidade para uma concepção integral, humanizada e baseada na autonomia feminina. A consolidação dessa perspectiva depende do fortalecimento das políticas públicas, da qualificação dos profissionais de saúde, da organização das redes de atenção e do compromisso permanente com a equidade. Garantir uma assistência integral à saúde das mulheres significa reconhecer suas múltiplas dimensões e assegurar que cada mulher seja cuidada em sua singularidade, respeitando suas necessidades, escolhas e trajetórias de vida.

Promoção da Saúde como Instrumento para a Melhoria da Qualidade de Vida das Mulheres

A promoção da saúde constitui um dos pilares fundamentais para a construção de uma atenção integral às mulheres, superando o modelo tradicional centrado na prevenção de doenças e agravos, e incorporando estratégias que favoreçam autonomia, participação social, qualidade de vida e bem-estar nas diferentes fases do ciclo de vida. Tal perspectiva entende que a saúde feminina é influenciada por múltiplos determinantes, incluindo aspectos biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, culturais e ambientais, o que demanda práticas assistenciais que levem em consideração as particularidades e necessidades das mulheres em seus diferentes contextos (OMS, 2021).

A promoção da saúde envolve a adoção de condições que possibilitem às mulheres ampliar o controle sobre os fatores que influenciam sua saúde e desenvolver capacidades para realizar escolhas conscientes. Nesse contexto, as ações de educação em saúde assumem papel estratégico ao favorecer a disseminação de conhecimentos, a desconstrução de mitos e a constituição compartilhada de saberes entre profissionais e usuárias. Diferentemente de práticas educativas tradicionais baseadas na transmissão vertical de informações, a educação em saúde atual valoriza o diálogo, a escuta qualificada e os conhecimentos prévios das mulheres, fortalecendo sua autonomia e capacidade de decisão (Freire, 2021; BRASIL, 2023).

O incentivo ao autocuidado constitui uma importante estratégia de promoção da saúde feminina, pois permite que as mulheres reconheçam suas necessidades, identifiquem sinais de alerta e adotem hábitos relacionados à prevenção de doenças e à manutenção do bem-estar. O autocuidado inclui práticas relacionadas à alimentação adequada, atividade física, saúde mental, sexualidade segura, acompanhamento periódico nos serviços de saúde e adesão a medidas preventivas. Segundo a Organização Mundial da Saúde (Narasimhan et al., 2020), intervenções que promovem autonomia e participação ativa dos

indivíduos no gerenciamento da própria saúde apresentam impacto positivo na prevenção de agravos e na melhoria da qualidade de vida.

Entre as ações prioritárias na atenção à saúde das mulheres destaca-se o rastreamento dos cânceres femininos, especialmente o câncer do colo do útero e o câncer de mama. A detecção precoce persiste como uma das principais estratégias para reduzir mortalidade e ampliar as possibilidades terapêuticas. O rastreamento do câncer do colo do útero por meio do exame citopatológico, associado às estratégias de vacinação contra o papilomavírus humano (HPV), representa uma ação essencial de prevenção.

Da mesma forma, a identificação precoce do câncer de mama por meio da avaliação clínica, do acesso aos exames recomendados e do acompanhamento adequado contribui para melhores desfechos em saúde (INCA, 2022). Entretanto, para que essas ações sejam efetivas, é necessário garantir acesso equitativo aos serviços, considerando desigualdades sociais, barreiras culturais e dificuldades de acesso enfrentadas por diferentes grupos de mulheres.

O planejamento familiar e a atenção à saúde sexual e reprodutiva também constituem componentes essenciais da promoção da saúde. A oferta de informações qualificadas, métodos contraceptivos seguros e acompanhamento profissional possibilita que as mulheres exerçam seus direitos reprodutivos, decidindo de forma livre e informada sobre maternidade, número de filhos e intervalo entre gestações. A abordagem do planejamento familiar deve estar fundamentada na autonomia, no respeito às escolhas individuais e na garantia de direitos, afastando-se de práticas coercitivas ou centradas exclusivamente na reprodução (United Nations Population Fund – UNFPA, 2022).

Ademais, a compreensão da saúde da mulher requer uma abordagem ampla, que aprecie as diferentes fases do ciclo de vida feminino e os múltiplos determinantes que influenciam o processo saúde-doença. Nesse contexto, a infertilidade e as tecnologias de reprodução assistida constituem dimensões relevantes do cuidado, visto que impactam aspectos biológicos, emocionais, sociais e reprodutivos das mulheres. A Organização Mundial da Saúde

reconhece a infertilidade como uma condição de saúde que demanda acesso equitativo a diagnóstico, tratamento e suporte psicossocial, considerando os avanços das técnicas de reprodução assistida e os desafios relacionados à acessibilidade desses serviços (WHO, 2023).

Na adolescência, a promoção da saúde feminina envolve ações voltadas à educação sexual, prevenção de infecções sexualmente transmissíveis, planejamento reprodutivo, saúde mental e enfrentamento das vulnerabilidades sociais. Essa fase representa um período marcado por mudanças físicas, emocionais e sociais, sendo fundamental a oferta de cuidados baseados na autonomia, informação qualificada e garantia dos direitos sexuais e reprodutivos (WHO, 2022a).

Além disso, o envelhecimento populacional e as mudanças no perfil epidemiológico têm ampliado a relevância das doenças crônico-degenerativas, como hipertensão arterial, diabetes mellitus, doenças cardiovasculares e neoplasias, que exigem estratégias de prevenção, acompanhamento contínuo e cuidado integral às mulheres em diferentes contextos de vida (BRASIL, 2021a).

A saúde ocupacional também constitui uma dimensão essencial da saúde da mulher, considerando a inserção crescente feminina no mercado de trabalho e a exposição a fatores relacionados às condições laborais, como sobrecarga, desigualdades, riscos físicos, ergonômicos e psicossociais. Essas condições podem repercutir na saúde física e mental, reforçando a necessidade de políticas que promovam ambientes de trabalho seguros e equitativos (ILO, 2022).

No campo da saúde mental, destaca-se a elevada prevalência de transtornos como ansiedade, depressão e sofrimento psíquico entre mulheres, influenciados por fatores biológicos, sociais, econômicos e pelas experiências de violência e desigualdade de gênero (WHO, 2022b).

As doenças infectocontagiosas também permanecem como importantes desafios na saúde feminina, especialmente as infecções sexualmente transmissíveis, o HIV, a hepatite viral e o câncer do colo do útero

associado ao papilomavírus humano (HPV), demandando ações de prevenção, vacinação, rastreamento e educação em saúde (WHO, 2023).

Por fim, a perspectiva de gênero e raça é fundamental para compreender as desigualdades presentes no acesso e na qualidade da assistência, considerando que mulheres negras, indígenas e pertencentes a grupos socialmente vulnerabilizados enfrentam maiores barreiras relacionadas ao racismo estrutural, às desigualdades socioeconômicas e às iniquidades no cuidado em saúde. Assim, a integralidade da atenção à saúde da mulher pressupõe uma abordagem interseccional, capaz de reconhecer diferentes trajetórias, necessidades e contextos sociais (PAHO, 2023).

Autonomia Reprodutiva como Direito Fundamental e Instrumento de Empoderamento Feminino

A autonomia reprodutiva constitui um princípio fundamental dos direitos sexuais e reprodutivos e está relacionada à capacidade das mulheres de tomar decisões livres, conscientes e informadas sobre sua vida sexual e reprodutiva (WHO, 2021). Esse conceito envolve não apenas a liberdade individual de escolher se deseja ou não ter filhos, mas também a garantia de condições sociais, econômicas, políticas e institucionais que possibilitem o exercício efetivo dessas escolhas (Narasimhan et al., 2020). Assim, deve ser apontada como um direito humano associado à dignidade, à igualdade de gênero e ao acesso universal à saúde, considerando que as decisões reprodutivas são influenciadas por múltiplos determinantes sociais

A construção histórica dos direitos sexuais e reprodutivos representou uma mudança importante na compreensão da saúde das mulheres. Durante décadas, as políticas relacionadas à reprodução estiveram predominantemente voltadas para a maternidade, o controle populacional ou na assistência ao período gravídico-puerperal, restringindo as mulheres ao papel reprodutivo

(PAISM). A partir dos movimentos feministas e das conferências internacionais de direitos humanos, especialmente a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), realizada no Cairo em 1994, a reprodução passou a ser compreendida como uma dimensão da cidadania e da autonomia corporal, firmando o entendimento de que todas as pessoas têm direito de decidir livremente e de forma responsável sobre sua reprodução, incluindo o acesso a informações, serviços e meios necessários para concretizar essas decisões (UNFPA, 2022).

No que tange à saúde pública, os direitos sexuais e reprodutivos alcançam o direito ao acesso à educação sexual, à prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (IST), à assistência integral à saúde sexual, ao planejamento reprodutivo e aos métodos contraceptivos. Segundo a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2021), garantir autonomia reprodutiva envolve garantir que as pessoas possam tomar decisões baseadas em informações adequadas, sem coerção, discriminação ou violência, além de terem acesso a serviços de saúde acolhedores e de qualidade.

O acesso à informação constitui um dos elementos primordiais para o fortalecimento da autonomia reprodutiva. Nesse sentido, a tomada de decisão sobre reprodução necessita do conhecimento acerca das possibilidades existentes, incluindo funcionamento do corpo, fertilidade, métodos contraceptivos, riscos e benefícios das diferentes opções disponíveis. Nesse sentido, a informação em saúde deve ser compreendida como um processo educativo construído de forma dialogada, levando em consideração os valores, experiências e necessidades das mulheres. Assim sendo, práticas educativas fundamentadas na comunicação horizontal favorecem o protagonismo das usuárias e ampliam sua capacidade de participação nas decisões relacionadas ao próprio corpo (Freire, 2021; BRASIL, 2023).

Diferentemente de modelos históricos baseados no controle da fecundidade, a perspectiva atual compreende o planejamento reprodutivo como um direito, no qual a escolha deve ser voluntária e baseada em informações

científicas. A oferta de diferentes métodos contraceptivos, acompanhada de aconselhamento individualizado e respeito às preferências das usuárias, é fundamental para garantir escolhas reprodutivas adequadas e seguras (Cleland et al., 2020).

A despeito dos avanços nas políticas públicas, ainda permanecem barreiras significativas para a concretização da autonomia reprodutiva. No Brasil, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) ampliou a abordagem da saúde feminina ao reconhecer a necessidade de cuidado integral, incluindo sexualidade, direitos reprodutivos e planejamento familiar. Entretanto, persistem desigualdades relacionadas ao acesso aos serviços, à disponibilidade de métodos contraceptivos, à qualidade da assistência e às diferenças regionais, que impactam especialmente mulheres em situação de vulnerabilidade social (BRASIL, 2021b).

Os fatores sociais, culturais e econômicos exercem forte influência sobre a autonomia reprodutiva. Mulheres em condições de pobreza, baixa escolaridade ou residentes em áreas com menor oferta de serviços de saúde podem apresentar maiores dificuldades para acessar informações e recursos necessários ao planejamento de sua reprodução. Além disso, normas culturais e desigualdades nas relações de gênero podem limitar a capacidade das mulheres de negociar decisões relacionadas à sexualidade e ao uso de métodos contraceptivos, especialmente em contextos nos quais predominam relações de poder assimétricas (Starrs et al., 2018; WHO, 2021).

A desigualdade de gênero constitui um desafio para a efetivação dos direitos sexuais e reprodutivos, uma vez que historicamente os corpos femininos foram submetidos a formas de controle social e institucional. A autonomia reprodutiva depende, portanto, não apenas da existência de políticas públicas, mas da transformação das práticas sociais que restringem a liberdade das mulheres. A violência sexual, a coerção reprodutiva e a dificuldade de acesso aos serviços de saúde são exemplos de situações que comprometem o direito das mulheres de decidir sobre sua reprodução (Guttmacher Institute, 2021).

O cuidado em saúde de mulheres em diferentes contextos sociais e culturais requer uma abordagem integral, equitativa e fundamentada nos princípios da universalidade, da integralidade e dos direitos humanos. As experiências de saúde das mulheres negras são atravessadas por desigualdades históricas relacionadas ao racismo estrutural e institucional, que influenciam o acesso aos serviços, a qualidade da assistência e os indicadores de morbimortalidade. Nesse sentido, autores destacam a necessidade de práticas de cuidado antirracistas, capazes de reconhecer as especificidades dessas mulheres e superar modelos assistenciais que invisibilizam suas necessidades (Oliveira et al., 2023).

Entre as trabalhadoras rurais, as condições de vida e trabalho apresentam impactos importantes na saúde, considerando a exposição a riscos ocupacionais, como agrotóxicos, esforço físico intenso, precarização laboral e barreiras territoriais para acesso à assistência. Dessa forma, o cuidado deve incorporar os determinantes sociais da saúde e estratégias de vigilância e promoção da saúde que considerem as particularidades do trabalho feminino no campo (Beserra; Hennington; Pignatti, 2023).

As mulheres com deficiência também enfrentam desafios relacionados ao capacitismo, à acessibilidade limitada e à dificuldade de acesso a serviços de saúde sexual e reprodutiva, evidenciando a necessidade de uma atenção inclusiva, que valorize autonomia, participação social e eliminação de barreiras físicas, comunicacionais e atitudinais (WHO, 2022c).

No contexto das mulheres indígenas, o cuidado em saúde deve considerar os aspectos culturais, territoriais e os saberes tradicionais, evitando práticas que desconsiderem suas formas próprias de compreender saúde e doença. A atenção diferenciada e intercultural é fundamental para reduzir desigualdades e fortalecer a autonomia dessas populações.

Já as mulheres privadas de liberdade constituem um grupo marcado por múltiplas vulnerabilidades, incluindo maior exposição a doenças transmissíveis, sofrimento mental, violência e limitações no acesso ao cuidado integral. Estudos

brasileiros recentes apontam a necessidade de efetivação das políticas de saúde no sistema prisional feminino, garantindo ações preventivas, assistência contínua e respeito aos direitos dessas mulheres (Ramos et al., 2023).

As mulheres lésbicas também demandam uma atenção em saúde livre de preconceitos e baseada no reconhecimento da diversidade sexual, uma vez que barreiras relacionadas à discriminação e à invisibilidade de suas necessidades podem comprometer o acesso aos serviços e a qualidade do cuidado. A assistência deve contemplar saúde sexual, reprodutiva e mental, considerando as experiências específicas relacionadas à orientação sexual e às desigualdades de gênero (Lemos, 2023). Assim, a perspectiva interseccional, articulando gênero, raça, classe, deficiência, território e sexualidade, constitui uma ferramenta essencial para compreender as diferentes formas de vulnerabilidade e promover um cuidado em saúde mais justo, humanizado e inclusivo.

Nesse cenário, os profissionais de saúde desempenham papel fundamental na promoção da autonomia reprodutiva. A assistência deve ser pautada pela escuta qualificada, acolhimento, respeito às escolhas individuais e ausência de julgamentos morais. Cabe ao profissional de saúde agir como facilitador do processo decisório, oferecendo informações baseadas em evidências científicas e apoiando a mulher na construção de escolhas alinhadas às suas condições de vida e expectativas pessoais. Por possibilitar acompanhamento contínuo, vínculo e desenvolvimento de ações educativas e preventivas, a atenção primária à saúde possui papel estratégico nesse processo (Starfield, 2021).

Além disso, a efetivação da autonomia reprodutiva requer políticas públicas comprometidas com a equidade. Garantir direitos reprodutivos significa reconhecer que mulheres possuem necessidades distintas e que determinadas populações enfrentam barreiras adicionais relacionadas à pobreza, raça, território, idade ou condições sociais. Assim, ações voltadas à redução das desigualdades devem integrar estratégias de ampliação do acesso aos serviços, educação em saúde e fortalecimento da participação das mulheres nas decisões relacionadas ao cuidado.

A autonomia reprodutiva, portanto, deve ser compreendida como um componente essencial da saúde integral das mulheres e como manifestação dos direitos humanos. Seu fortalecimento depende da articulação entre políticas públicas, serviços de saúde qualificados e práticas profissionais baseadas no respeito à liberdade e à dignidade. Mais do que garantir acesso a métodos contraceptivos ou informações, promover autonomia reprodutiva significa assegurar que todas as mulheres tenham condições reais de decidir sobre seus corpos, sua sexualidade e seus projetos de vida.

Considerações Finais

A discussão acerca da saúde da mulher demonstra a necessidade de compreender o cuidado em saúde de forma integral, considerando não apenas os aspectos biológicos, mas também os determinantes sociais, econômicos, culturais e psicológicos que influenciam o processo saúde-doença. Nesse sentido, a promoção da saúde e a autonomia reprodutiva constituem pilares fundamentais para a garantia dos direitos das mulheres e para a consolidação de práticas assistenciais mais humanizadas e equitativas.

O acesso à informação, à educação em saúde e aos serviços de atenção integral coopera significativamente para o fortalecimento da capacidade de decisão das mulheres sobre sua saúde sexual e reprodutiva. Contudo, persistem desafios relacionados às desigualdades de gênero, às vulnerabilidades sociais e às limitações estruturais dos sistemas de saúde, fatores que podem comprometer o exercício pleno da autonomia reprodutiva e o acesso a cuidados de qualidade.

Destaca-se, portanto, a importância do fortalecimento de políticas públicas que promovam a equidade no acesso aos serviços de saúde, bem como da implementação de ações educativas e estratégias de acolhimento que favoreçam o protagonismo feminino nas decisões relacionadas ao próprio corpo. Ademais, torna-se imperioso a qualificação contínua dos profissionais de saúde

para a oferta de uma assistência pautada no respeito aos direitos humanos, na escuta qualificada e na valorização das singularidades de cada mulher.

Por fim, conclui-se que a promoção da saúde da mulher e a garantia da autonomia reprodutiva representam componentes essenciais para o desenvolvimento social e para a melhoria dos indicadores de saúde. Assim, o fortalecimento de ações intersetoriais e de políticas voltadas à proteção e ao empoderamento feminino mostra-se indispensável para a construção de uma sociedade mais justa, inclusiva e comprometida com a efetivação dos direitos das mulheres.

Referências

- Beserra, L., Hennington, É. A., & Pignatti, M. G. (2023). Condições de trabalho e saúde de trabalhadoras rurais: uma revisão integrativa. *Saúde em Debate*.
- Brandão, E. R., & Cabral, C. D. S. (2021). Juventude, gênero e justiça reprodutiva: iniquidades em saúde no planejamento reprodutivo no Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26, 2673–2682.
- Brasil. Ministério da Saúde. (1984). *Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática*. Centro de Documentação do Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2011). *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM)*. Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2021a). *Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas e agravos não transmissíveis no Brasil 2021–2030*. Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2021b). *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes*. Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2023). *Educação em saúde: práticas para promoção do cuidado e autonomia dos sujeitos*. Ministério da Saúde.
- Bruzaca, R. D., & Martins Ferreira, M. S. (2025). Autonomia reprodutiva como direito humano. *Cadernos UniFOA*, 20(55), 1–13. <https://doi.org/10.47385/cadunifoa.v20.n55.5780>
- Cleland, J., Harbauer-Beam, C., & Shah, I. (2020). Contraceptive access and reproductive autonomy: global perspectives and challenges. *The Lancet Global Health*.
- Coelho, E. A. C., Silva, C. T. O., Oliveira, J. F., & Almeida, M. S. (2009). Integralidade do cuidado à saúde da mulher: limites da prática profissional. *Escola Anna Nery*, 13(1). <https://doi.org/10.1590/S1414-81452009000100021>

- Fertonani, H. P., Pires, D. E. P., Biff, D., & Scherer, M. D. A. (2015). Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(6), 1869–1878. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.13272014>
- Freire, P. (2021). *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. Paz e Terra.
- Ghebreyesus, T. A., Allotey, P., & Narasimhan, M. (2024). Advancing the “sexual” in sexual and reproductive health and rights: a global health, gender equality and human rights imperative. *Bulletin of the World Health Organization*, 102(1), 77–78. <https://doi.org/10.2471/BLT.23.291227>
- Guttmacher Institute. (2021). *Adding it up: investing in sexual and reproductive health 2021*. Guttmacher Institute.
- Instituto Nacional de Câncer (INCA). (2022). *Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama e câncer do colo do útero*. INCA.
- International Labour Organization (ILO). (2022). *A safe and healthy working environment is a fundamental principle and right at work*. ILO.
- Lemos, J. G. S. (2023). A saúde de mulheres negras lésbicas e os desafios no acesso aos serviços brasileiros. *Revista Lampiar*.
- Narasimhan, M., et al. (2020). Self-care interventions for sexual and reproductive health and rights for advancing universal health coverage. *Sexual and Reproductive Health Matters*, 28(2). <https://doi.org/10.1080/26410397.2020.1778610>
- Oliveira, R. G., et al. (2023). Cuidado em saúde e mulheres negras: notas sobre colonialidade, re-existência e conquistas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 28(9).
- Organização Mundial da Saúde (OMS). (2021). *Women's health: a global perspective on health promotion and equity*. WHO.
- Pan American Health Organization (PAHO). (2023). *Strategy for building a more equitable health system that addresses gender and diversity*. PAHO.
- Ramos, M. E. K., et al. (2023). O cuidado em saúde e sua relação com aspectos sociodemográficos das mulheres privadas de liberdade no Brasil: uma revisão integrativa. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*.
- Souto, K., & Moreira, M. R. (2021). Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: protagonismo do movimento de mulheres. *Saúde em Debate*, 45(130), 832–846. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202113020>
- Starfield, B. (2021). *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. UNESCO.
- Starrs, A. M., et al. (2018). Accelerate progress—sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher–Lancet Commission. *The Lancet*, 391(10140), 2642–2692.
- United Nations Population Fund (UNFPA). (2022). *State of world population 2022: seeing the unseen – reproductive rights and choices*. UNFPA.

World Health Organization (WHO). (2021). *Sexual and reproductive health and rights: integrating human rights into health systems*. WHO.

World Health Organization (WHO). (2022a). *Adolescent health*. WHO.

World Health Organization (WHO). (2022b). *Global health estimates: mental health and well-being*. WHO.

World Health Organization (WHO). (2022c). *Global report on health equity for persons with disabilities*. WHO.

World Health Organization (WHO). (2023). *Infertility*. WHO.

World Health Organization (WHO). (2024). *Women's health*. WHO.



CAPÍTULO 7

SAÚDE DA CRIANÇA: FUNDAMENTOS, PRÁTICAS E DESAFIOS PARA O CUIDADO INTEGRAL

Eduardo Araujo Lima
Rumão Batista Nunes de Carvalho
Edina Araújo Rodrigues Oliveira
Maísa de Lima Claro
Thamina Oka Lôbo Paes Landim
Luisa Helena de Oliveira Lima

Sobre este capítulo:

Indicadores de saúde infantil funcionam como termômetro das condições de vida e da qualidade dos sistemas de saúde, e é essa lente que estrutura o capítulo: da vigilância do crescimento e desenvolvimento à imunização, com a hesitação vacinal e as oportunidades perdidas de vacinação como desafios centrais, passando pela alimentação na primeira infância até os entraves à integralidade do cuidado. Ancorado na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança, o texto situa desigualdades regionais e determinantes sociais como fatores que moldam os desfechos em saúde da criança, reposicionando a atenção primária como eixo estratégico do cuidado integral.

A saúde da criança constitui um dos pilares fundamentais das políticas públicas de saúde, uma vez que os indicadores relacionados à infância refletem as condições de vida, o desenvolvimento social e a efetividade dos sistemas de saúde. Nas últimas décadas, o Brasil apresentou avanços significativos na redução da mortalidade infantil e na ampliação do acesso aos serviços de saúde, resultado da implementação de políticas públicas voltadas à atenção materno-infantil e do fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2015a).

Apesar desses avanços, indicadores recentes evidenciam desaceleração e persistência de desigualdades. Entre 2010 e 2022, a taxa de mortalidade infantil (TMI) brasileira reduziu-se de 13,0 para 12,7 óbitos por 1.000 nascidos vivos, queda modesta após o expressivo declínio observado nas décadas anteriores, associado à expansão da Estratégia Saúde da Família, que se relacionou à redução de 58% na TMI entre 1998 e 2008 (Ceccon et al., 2014; Boing & Boing, 2025). As desigualdades regionais e socioeconômicas permanecem marcantes: as taxas mais elevadas concentram-se no Norte e no Nordeste, em municípios com piores indicadores de estrutura e de processo de trabalho na atenção primária à saúde (Diléllo et al., 2024). A proporção elevada de óbitos infantis classificados como evitáveis, conforme a Lista Brasileira de Causas de Mortes Evitáveis por Intervenções do Sistema Único de Saúde, reforça que esses indicadores funcionam como medida da qualidade da resposta do sistema às necessidades de saúde da criança (Malta et al., 2010).

A compreensão contemporânea da saúde da criança transcende a ausência de doenças e agravos, incorporando uma perspectiva ampliada que considera os aspectos biológicos, psicológicos, sociais, culturais e ambientais que influenciam o crescimento e o desenvolvimento infantil. Essa concepção alinha-se ao campo da Saúde Coletiva, que articula epidemiologia, planejamento e gestão e ciências sociais em saúde para compreender o processo saúde-doença-cuidado como fenômeno socialmente determinado. Nessa perspectiva, o cuidado deve estar pautado no princípio da integralidade, entendido como a articulação de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento,

reabilitação e acompanhamento longitudinal, considerando a criança em seu contexto familiar e comunitário (Brasil, 2015a; Starfield, 2002).

A integralidade do cuidado à criança é um dos fundamentos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), instituída em 2015, que tem como objetivo promover e proteger a saúde infantil mediante ações integradas desde a gestação até os nove anos de idade, com especial atenção à primeira infância e às populações em situação de maior vulnerabilidade social. A PNAISC estrutura-se em sete eixos estratégicos, contemplando desde a atenção humanizada à gestação, parto e nascimento até a vigilância do crescimento e desenvolvimento, imunização, alimentação saudável e prevenção de agravos, reafirmando a necessidade de uma abordagem integral e intersetorial do cuidado à criança.

Nesse contexto, a Atenção Primária à Saúde (APS) ocupa posição estratégica na organização das Redes de Atenção à Saúde, constituindo-se como principal porta de entrada prioritária do SUS, coordenadora e ordenadora do cuidado. Por meio das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), se desenvolvem ações essenciais para a promoção da saúde infantil, incluindo consultas de puericultura, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, imunização, vigilância alimentar e nutricional, além da identificação precoce de fatores de risco e vulnerabilidades. Essas ações favorecem a continuidade do cuidado e fortalecem o vínculo entre profissionais, crianças e famílias, contribuindo para melhores desfechos em saúde (Starfield, 2002).

Embora os avanços alcançados sejam inegáveis, importantes desafios persistem no cenário brasileiro. Dados do Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (ENANI, 2021) evidenciam a coexistência de diferentes agravos nutricionais, demonstrando que a saúde infantil continua fortemente influenciada por determinantes sociais, econômicos e ambientais. Além disso, observa-se redução das coberturas vacinais, aumento do excesso de peso na infância e desigualdades regionais no acesso aos serviços de saúde, fatores que comprometem a efetivação do cuidado integral.

Somam-se a esse cenário os impactos decorrentes da pandemia da Covid-19, que repercutiram sobre os serviços de saúde, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil e a adesão às ações preventivas. Tais desafios reforçam a necessidade de fortalecer a APS como eixo estruturante da atenção à saúde da criança, ampliando sua capacidade de resposta às demandas contemporâneas e promovendo ações centradas na integralidade, longitudinalidade e coordenação do cuidado.

Diante desse contexto, este capítulo tem como objetivo discutir, sob a perspectiva da Saúde Coletiva, os fundamentos, as práticas e os principais desafios relacionados ao cuidado à saúde da criança, com ênfase na APS como principal locus de operacionalização desse cuidado, abordando aspectos essenciais da vigilância do crescimento e desenvolvimento infantil, imunização, promoção da alimentação saudável, e refletir sobre estratégias para o fortalecimento da integralidade do cuidado à população infantil.

Vigilância ao Crescimento e Desenvolvimento infantil

O crescimento e o desenvolvimento infantil constituem processos distintos, porém indissociáveis, que expressam as condições de saúde, nutrição, cuidado e interação da criança com seu ambiente. Enquanto o crescimento refere-se às alterações quantitativas do corpo, resultando no aumento das dimensões corporais e na maturação biológica, o desenvolvimento corresponde à aquisição progressiva de habilidades motoras, cognitivas, linguísticas, emocionais e sociais. Ambos são influenciados por fatores biológicos, ambientais e sociais e devem ser acompanhados de forma integrada ao longo da infância, uma vez que alterações em qualquer uma dessas dimensões pode comprometer o potencial pleno de desenvolvimento da criança.

O crescimento infantil é um processo dinâmico e contínuo de aumento das dimensões corporais e maturação biológica de uma criança, resultante

da interação entre fatores genéticos, hormonais, nutricionais, ambientais e sociais. Além de representar um fenômeno biológico, constitui um importante indicador das condições de saúde, nutrição, desenvolvimento e bem-estar ao longo do curso da vida (Mertens *et al.*, 2023; Benjamin-Chung *et al.*, 2023).

A *United Nations Children's Fund* (UNICEF) destaca que o crescimento adequado resulta da interação entre nutrição adequada, cuidados responsivos, ambiente saudável, acesso aos serviços de saúde, proteção social e condições socioeconômicas favoráveis, constituindo um dos indicadores centrais para avaliação do desenvolvimento infantil e do capital humano futuro, com destaque para os primeiros 1.000 dias de vida para o crescimento físico, cognitivo e socioemocional (UNICEF, 2024).

Segundo a OMS, a mensuração do crescimento infantil é um componente essencial da vigilância em saúde da criança, sendo utilizada para monitorar o estado nutricional e identificar riscos de desnutrição, atraso de crescimento, magreza e excesso de peso. A entidade reforça que o crescimento é interpretado como reflexo da interação entre fatores biológicos, nutricionais e ambientais (WHO, 2025).

Destaque-se que o crescimento infantil é um processo que deve ser monitorado por meio de indicadores antropométricos, permitindo avaliar se a criança está crescendo de acordo com padrões considerados biologicamente adequados. Esses padrões descrevem como as crianças deveriam crescer em condições ótimas de saúde, alimentação e ambiente, independentemente de etnia, país ou condição socioeconômica (WHO, 2025).

O acompanhamento do crescimento infantil no Brasil segue as recomendações do Ministério da Saúde, baseadas nas diretrizes e parâmetros da OMS. Os indicadores antropométricos variam conforme a faixa etária e podem ser entendidos sob três diferentes dimensões: crescimento linear, massa corporal e estado nutricional e crescimento neurológico (Brasil, 2024c).

Na dimensão do crescimento linear tem-se a estatura para idade (E/I), considerada o principal indicador do crescimento físico infantil (Brasil, 2012).

Reflete o crescimento acumulado ao longo do tempo, permitindo identificar déficit de crescimento linear frequentemente associado a condições crônicas de saúde, alimentação inadequada e vulnerabilidade social (De Onis & Branca, 2021; Patriota et al., 2024).

Na dimensão massa corporal e estado nutricional citam-se o peso para idade (P/I), peso para estatura (P/E) e o Índice de Massa Corporal para idade (IMC/I), indicadores que avaliam dimensões distintas do estado nutricional (Brasil, 2011). O primeiro avalia a relação entre massa corporal e idade cronológica, sendo útil para o acompanhamento do crescimento e identificação de baixo peso, embora não diferencie comprometimento agudo e crônico. O segundo indicador, peso para estatura, não utiliza a informação da idade e expressa a harmonia entre os volumes de massa corporal e estatura. É utilizado tanto para identificar o emagrecimento da criança, como o excesso de peso. Já o IMC/I apresenta a relação entre o peso da criança e o quadrado da sua estatura. É utilizado para identificar o excesso de peso entre crianças e tem a vantagem de ser um índice utilizado posteriormente em outras fases do curso da vida. Tem como fórmula padrão de cálculo a seguinte: $IMC = \text{Peso (kg)} / \text{Estatura}^2 \text{ (m)}$ (Brasil, 2011).

Na dimensão crescimento neurológico tem-se o perímetro cefálico como um importante marcador indireto do crescimento cerebral e do desenvolvimento neurológico, especialmente nos primeiros dois anos de vida. Sua mensuração permite detectar precocemente microcefalia, macrocefalia e alterações do desenvolvimento (WHO, 2007).

Outros indicadores relatados na literatura internacional também são descritos e geralmente são empregados em pesquisas ou serviços especializados. Citam-se: circunferência do braço para idade, dobra cutânea tricipital, dobra cutânea subescapular, velocidade de crescimento do peso, velocidade de crescimento da estatura e velocidade de crescimento do perímetro cefálico. Esses indicadores complementam a avaliação nutricional e permitem análises mais refinadas da composição corporal e da dinâmica do crescimento da criança (WHO, 2006).

A avaliação do crescimento infantil por meio desses indicadores antropométricos somente é possível devido à existência de curvas e padrões de referência desenvolvidos pela Organização Mundial da Saúde. Esses padrões foram elaborados a partir do *Multicentre Growth Reference Study* (MGRS), conduzido em seis países, incluindo o Brasil, e descrevem como crianças saudáveis devem crescer em condições ambientais e nutricionais adequadas. A OMS disponibiliza curvas específicas para os principais indicadores antropométricos utilizados na vigilância do crescimento, sendo elas a base para o monitoramento do crescimento infantil nos serviços de saúde, adotadas pelo Ministério da Saúde brasileiro no âmbito da APS e do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) (WHO, 2007; Brasil, 2011).

A OMS recomenda que a interpretação dos indicadores antropométricos seja realizada a partir dos escores-z das curvas de crescimento. Valores inferiores a -2 escores-z para estatura/idade indicam déficit de crescimento linear; valores inferiores a -2 escores-z para peso/estatura indicam magreza; e valores superiores a +2 escores-z para peso/estatura ou IMC/idade indicam excesso de peso. Além disso, o acompanhamento longitudinal da trajetória da criança nas curvas de crescimento é tão importante quanto a classificação em um único momento, pois alterações na velocidade de crescimento podem sinalizar precocemente agravos nutricionais, doenças crônicas ou condições adversas do ambiente familiar e social. As curvas constituem, portanto, ferramentas diagnósticas essenciais para monitorar se a criança está alcançando seu potencial de crescimento em condições adequadas de saúde e nutrição (WHO, 2006).

Embora os indicadores antropométricos permitam monitorar adequadamente o crescimento físico da criança, a avaliação integral da saúde infantil exige também o acompanhamento sistemático do desenvolvimento. O crescimento corporal, por si só, não é suficiente para expressar o potencial de desenvolvimento da criança, sendo necessário observar a aquisição progressiva de competências motoras, cognitivas, linguísticas e socioemocionais ao longo

do curso da vida. Nesse contexto, a vigilância do desenvolvimento complementa a vigilância do crescimento, ampliando a capacidade dos serviços de saúde para identificar precocemente vulnerabilidades e necessidades de intervenção.

O desenvolvimento infantil caracteriza-se com um processo contínuo de mudanças físicas, cognitivas, emocionais e sociais pelo qual as crianças passam desde o nascimento até o início da adolescência. Impulsionado por uma combinação de fatores genéticos, ambientais e de experiências, permite a aquisição de habilidades cada vez mais complexas nas funções da vida diária e no exercício do papel social (Souza & Veríssimo, 2015; WHO, 2020).

Para seu acompanhamento utiliza-se os “marcos do desenvolvimento infantil”, que correspondem a habilidades e comportamentos observáveis adquiridos progressivamente pela criança em diferentes idades, abrangendo os domínios motor, cognitivo, linguístico e socioemocional. Esses marcos constituem parâmetros amplamente utilizados na vigilância do desenvolvimento infantil, permitindo acompanhar a trajetória de crescimento e identificar precocemente possíveis atrasos ou desvios do desenvolvimento. No Brasil, a avaliação dos marcos é incorporada à Caderneta da Criança e às ações de puericultura na Atenção Primária à Saúde, enquanto internacionalmente organismos como a Organização Mundial da Saúde e o UNICEF recomendam seu monitoramento sistemático como parte das estratégias de promoção do desenvolvimento integral na primeira infância (Brasil, 2024c; WHO et al., 2018).

Um maior número de consultas de puericultura favorece a vigilância contínua do desenvolvimento infantil, permitindo o acompanhamento sistemático dos marcos motores, cognitivos, linguísticos e socioemocionais ao longo dos primeiros anos de vida. Essa vigilância realizada em todas as consultas de acompanhamento aumenta a probabilidade de identificação precoce de atrasos do desenvolvimento, transtornos do neurodesenvolvimento e outras condições que podem comprometer o potencial da criança. No contexto da APS, as consultas periódicas de puericultura constituem oportunidades para observar a evolução dos marcos, registrar informações na Caderneta

da Criança, escutar as preocupações familiares e aplicar instrumentos padronizados de triagem quando necessário. Quanto maior a regularidade desse acompanhamento, maiores são as chances de detectar precocemente alterações e iniciar intervenções oportunas, reduzindo repercussões futuras sobre o desempenho escolar, a socialização e a qualidade de vida da criança (American Academy of Pediatrics, 2020; Brasil, 2024c).

Na suspeita ou identificação de um atraso nos marcos do desenvolvimento durante a puericultura, recomenda-se realizar avaliação mais aprofundada do marcador, investigar fatores biológicos e ambientais associados, orientar a família quanto à estimulação adequada no ambiente domiciliar e encaminhar a criança para avaliação especializada e programas de intervenção precoce, conforme a necessidade (Brasil, 2024c).

As diretrizes da American Academy of Pediatrics (AAP) e dos programas internacionais de vigilância do desenvolvimento ressaltam que preocupações identificadas durante a vigilância não devem ser acompanhadas apenas de observação passiva; devem desencadear aplicação de instrumentos padronizados de rastreamento, encaminhamento para serviços de intervenção precoce (fonoaudiologia, fisioterapia, terapia ocupacional, neuropediatria, psicologia, entre outros) e agendamento de retornos em intervalos menores para monitoramento contínuo. A intervenção precoce, iniciada logo após a identificação do atraso, está associada a melhores desfechos cognitivos, motores, linguísticos e socioemocionais ao longo do desenvolvimento (American Academy of Pediatrics, 2020; WHO, 2020).

Destaque-se que a vigilância do crescimento e do desenvolvimento infantil requer registros sistemáticos que permitam acompanhar a trajetória da criança ao longo do tempo, favorecer a comunicação entre profissionais e apoiar a participação da família no cuidado. Nesse contexto, a Caderneta da Criança constitui o principal instrumento utilizado no âmbito do SUS para registrar, monitorar e integrar informações sobre crescimento, desenvolvimento, vacinação, alimentação e condições de saúde desde o nascimento.

Estudos demonstram que sua utilização favorece a continuidade do cuidado, a comunicação entre diferentes níveis de atenção e o acompanhamento longitudinal da criança. Além disso, a incorporação de conteúdos relacionados ao desenvolvimento infantil e à primeira infância ampliou seu potencial como ferramenta de promoção da saúde e apoio às famílias no cuidado cotidiano da criança (Brasil, 2024c; Teixeira et al., 2023). Apesar de sua relevância, pesquisas realizadas em diferentes regiões do país identificam importantes desafios relacionados ao preenchimento e à utilização da caderneta pelos profissionais de saúde. A revisão de escopo conduzida por Teixeira *et al.* (2023) evidenciou grande heterogeneidade entre os estudos brasileiros, com frequentes registros incompletos, especialmente nos campos referentes ao desenvolvimento infantil. Estudos realizados no Nordeste também apontaram limitações relacionadas à capacitação profissional, ao conhecimento sobre o instrumento e à incorporação da caderneta na rotina dos serviços, resultando em diferenças regionais na qualidade de uso e no monitoramento da saúde infantil (Teixeira *et al.*, 2023; Nobre *et al.*, 2022).

Observa-se, entretanto, uma evolução temporal da Caderneta da Criança, acompanhando a expansão das políticas voltadas à primeira infância e à vigilância do desenvolvimento infantil. A inclusão de novos conteúdos sobre estimulação precoce, marcos do desenvolvimento e sinais de alerta para atrasos ampliou sua capacidade de apoiar ações de puericultura e identificação precoce de agravos. E, para que esse potencial seja plenamente alcançado, os estudos destacam a necessidade de educação permanente das equipes de saúde, maior valorização do instrumento pelas famílias e integração da caderneta às estratégias de acompanhamento desenvolvidas na Atenção Primária à Saúde (Brasil, 2024c; Leal et al., 2021; Teixeira et al., 2023).

Imunização como estratégia de promoção da saúde infantil

A vacinação configura-se como uma das intervenções mais relevantes no campo da saúde pública, desempenhando papel fundamental na prevenção de doenças imunopreveníveis. Reconhecida como estratégia de prevenção primária, contribui para a saúde individual e coletiva, impedindo o ressurgimento de doenças que marcaram a história epidemiológica brasileira e produzindo impactos expressivos nos indicadores de saúde populacional (Domingues *et al.*, 2020).

Em 1973, por determinação do Ministério da Saúde, foi criado o Programa Nacional de Imunizações (PNI) com o objetivo de organizar e coordenar as ações de imunização em âmbito nacional. O programa foi institucionalizado em 1975, passando a coordenar de forma integrada as atividades de imunização desenvolvidas na rede de serviços de saúde (Domingues *et al.*, 2020). Atualmente, o PNI disponibiliza 45 imunobiológicos por meio de mais de 36 mil salas de vacinação e dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE), dos quais 15 são destinados à imunização infantil.

Em 1976, por meio da Portaria Ministerial nº 452, foi instituído o primeiro Calendário Básico Nacional de Vacinação, contemplando quatro vacinas: BCG, sarampo, poliomielite e tríplice bacteriana, voltadas para crianças menores de um ano (Brasil, 1976; Domingues *et al.*, 2020). Desde então, o calendário tem sido progressivamente ampliado à luz de evidências científicas e do perfil epidemiológico das doenças.

O esquema vacinal infantil inicia-se ao nascimento, com a BCG em dose única por via intradérmica, contra formas graves de tuberculose, e a primeira dose da hepatite B, preferencialmente nas primeiras 24 horas de vida. Aos dois, quatro e seis meses são aplicadas a pentavalente, a vacina inativada contra poliomielite, a vacina oral de rotavírus humano e as vacinas pneumocócica 10-valente e meningocócica C, com esquemas e reforços escalonados ao longo do primeiro e segundo anos (Lima, 2020; Brasil, 2026).

Aos nove meses, administra-se a febre amarela, com reforço aos quatro anos. No segundo ano completam-se os reforços das vacinas conjugadas e as doses da tríplice viral ou tetraviral. A partir dos seis meses, o Ministério da Saúde recomenda também a vacina influenza e a vacina contra COVID-19 até a faixa pré-escolar (Brasil, 2026). A definição desse calendário considera critérios de magnitude, gravidade e relevância social das doenças imunopreveníveis, assegurando proteção universal desde os primeiros momentos de vida (Lima, 2020).

Coberturas vacinais e desafios atuais

A cobertura vacinal é o principal indicador operacional dos programas de imunização, expressando a proporção de indivíduos que recebeu as doses preconizadas em relação à população-alvo. No Brasil, a meta do PNI é de 95% para as vacinas do calendário infantil. Historicamente, o país alcançou coberturas superiores a essa meta nas décadas de 1990 e 2000, consolidando um dos sistemas de imunização mais reconhecidos internacionalmente. Contudo, a partir de 2015 instaurou-se trajetória de declínio sistemático: Enore *et al.* (2024) documentaram queda de 88,85% em 2015 para 62,35% em 2021, com todos os imunobiológicos investigados abaixo de 74% naquele ano.

Esse processo, anterior à pandemia de COVID-19, foi intensificado entre 2020 e 2021. Domingues *et al.* (2023) confirmaram o agravamento, com coberturas em torno de 70% para a maioria das vacinas e piora mais acentuada nas regiões Norte e Nordeste. Saavedra *et al.* (2025) quantificaram reduções anuais de 3,72% para a pentavalente e 2,21% para a hepatite B, além de queda acumulada de 24,88% na BCG durante a pandemia, com sinais de recuperação a partir de 2021.

Palmieri *et al.* (2023) demonstraram que a poliomielite regrediu de 100% em 2011 para 71% em 2021, e a tríplice viral atingiu seu menor valor

histórico no período. Entre os fatores estruturais explicativos destacam-se a fragmentação dos sistemas de informação, as iniquidades regionais, a erosão da confiança nas instituições de saúde e o papel da hesitação vacinal como fator autônomo de risco (Couto et al., 2021).

Hesitação vacinal

A hesitação vacinal constitui um dos fenômenos mais complexos enfrentados pelos programas de imunização contemporâneos. Trata-se do atraso na aceitação ou da recusa de vacinas apesar da disponibilidade dos serviços, fenômeno sensível ao contexto e variável no tempo, no espaço e conforme o imunobiológico, caracterizando-se como fenômeno sensível ao contexto. Distinta da recusa categórica, a hesitação ocupa um espectro contínuo entre adesão plena e rejeição total, reunindo indivíduos que postergam, que aceitam algumas vacinas mas recusam outras, ou que agem de forma inconsistente (Dubé *et al.*, 2021; Bussink-Voorend *et al.*, 2022).

No campo da saúde infantil, essa dinâmica assume relevância específica, pois são os responsáveis legais quem decidem pela imunização das crianças, tornando a hesitação parental determinante direto das coberturas vacinais (Muller et al., 2024).

Os determinantes da hesitação vacinal são múltiplos e interdependentes. O modelo dos Três Cs organiza-os em confiança (*confidence*), complacência (*complacency*) e conveniência (*convenience*) (Dubé *et al.*, 2021). A confiança refere-se à crença na segurança e eficácia das vacinas e na integridade das instituições; seu comprometimento, potencializado por desinformação e politização do debate científico, eleva a probabilidade de hesitação (Muller; Lange; Hellmann, 2024).

A complacência emerge quando o risco percebido das doenças imunopreveníveis é subestimado, fenômeno paradoxalmente alimentado pelo

sucesso da própria imunização (Larson *et al.*, 2022). A conveniência abarca barreiras de acesso físico, geográfico e cultural, especialmente relevantes em municípios de pequeno porte e áreas vulneráveis. Complementarmente, os determinantes da hesitação podem ser agrupados em fatores contextuais, individuais/grupais e específicos da vacina, com a desinformação atuando como amplificador transversal de todas essas dimensões (Machado *et al.*, 2022).

As oportunidades perdidas de vacinação (OPV) configuram conceito operacionalmente distinto da hesitação vacinal, porém a ela articulado. Define-se como OPV todo contato de um indivíduo elegível com os serviços de saúde, em consultas de rotina, atendimentos por intercorrências ou internações, no qual vacinas indicadas e não contraindicadas deixam de ser administradas (OPAS, 2017). Trata-se de uma falha no processo de oferta, passível de ocorrência mesmo quando o usuário está presente na unidade e sem qualquer contraindicação real.

A OPAS sistematizou e atualizou em 2017 a metodologia para avaliação das OPV, incorporando entrevistas com profissionais de saúde e abordagem qualitativa com vistas a transformar os achados em soluções ao nível dos serviços. Os principais fatores geradores são a desinformação das equipes sobre contraindicações reais, o adiamento injustificado e problemas logísticos na rede de frio (OPAS, 2017).

No Brasil, Nascimento *et al.* (2025) identificaram OPV em 53,5% das crianças menores de um ano em Unidades Básicas de Saúde de Teresina, Piauí, associadas ao baixo nível educacional dos cuidadores, ao número reduzido de consultas de puericultura e à ausência de verificação sistemática da situação vacinal. Fernandes *et al.* (2021) reafirmaram que as OPV decorrem tanto do comportamento dos cuidadores quanto de deficiências nos processos de trabalho das equipes. Sua prevenção exige protocolos normativos, como a checagem obrigatória do cartão de vacinas em todo atendimento à criança, e formação continuada sobre falsas contraindicações, constituindo uma dimensão essencial da qualidade do cuidado ofertado às crianças brasileiras.

Há que se destacar a posição estratégica da APS no enfrentamento da hesitação vacinal, dada sua capilaridade territorial, a longitudinalidade do cuidado e a capacidade de estabelecer vínculos com as famílias (Souto *et al.*, 2024). Abordagens baseadas na escuta ativa e na entrevista motivacional têm demonstrado efetividade na redução da resistência parental, por priorizarem a compreensão das preocupações individuais e o respeito à autonomia (Muller; Lange; Hellmann, 2024).

No plano organizacional, a busca ativa de não vacinados, a ampliação de horários, a vacinação extramuros e o uso de sistemas de informação para identificação de esquemas incompletos constituem intervenções de impacto direto sobre as coberturas. A produção de informações precisas e culturalmente adequadas por profissionais credenciados é igualmente fundamental para o combate à desinformação e a reconstrução da confiança pública (Couto et al., 2021).

Alimentação na primeira infância: bases para o crescimento, desenvolvimento e saúde ao longo da vida

A infância constitui um período crítico para o crescimento e o desenvolvimento humano, com repercussões que se estendem por todo o curso da vida. Nesse contexto, a alimentação desempenha papel fundamental, iniciando-se preferencialmente com o aleitamento materno na primeira hora de vida, prática conhecida como *Golden Hour*. Além de representar a primeira experiência alimentar da criança, a amamentação configura-se como uma estratégia natural capaz de fortalecer vínculos afetivos, promover proteção imunológica e assegurar aporte nutricional adequado. Adicionalmente, constitui uma intervenção efetiva, acessível e de baixo custo para a redução da morbimortalidade infantil (Brasil, 2019).

A OMS e o Ministério da Saúde recomendam que o aleitamento materno seja ofertado de forma exclusiva até o sexto mês de vida, sem a

necessidade de água ou outros alimentos, e mantido de forma complementar até os dois anos de idade ou mais. Essa prática contribui para a prevenção de diversas doenças na infância e na vida adulta. Entretanto, a partir do sexto mês, o leite materno deixa de suprir integralmente as necessidades nutricionais da criança, tornando necessária a introdução da alimentação complementar, desde que todos os sinais de prontidão estejam presentes (Brasil, 2019).

Nesse contexto, tanto os cuidadores quanto os profissionais de saúde devem conhecer e avaliar previamente esses sinais, orientando estratégias de estimulação quando necessário. Entre eles destacam-se a redução do reflexo de protrusão lingual, a coordenação adequada da deglutição para aceitação de alimentos sólidos, a capacidade de vedação labial, o controle cefálico e postural para permanecer sentado sem apoio, a percepção dos sinais de fome e saciedade, bem como o aprimoramento da coordenação olho-mão-boca e do movimento voluntário de preensão, permitindo que a criança participe progressivamente do ato de se alimentar (Wilson, 2014).

Uma vez identificados os sinais de prontidão e alcançada a idade recomendada, os cuidadores devem ser orientados sobre a introdução da alimentação complementar. A literatura descreve diferentes abordagens para esse processo, incluindo o método Tradicional, o *Baby-Led Weaning* (BLW), o *Baby-Led Introduction to Solids* (BLISS), considerado uma adaptação mais segura do BLW, e o método Participativo. Independentemente da estratégia adotada, é fundamental respeitar as características individuais da criança, observando sua adaptação e segurança durante a introdução dos alimentos (Vieira et al., 2020; Santana et al., 2024).

Embora existam diferentes métodos de introdução alimentar, todos compartilham os mesmos princípios nutricionais. No Brasil, o método Tradicional é o recomendado pelo Ministério da Saúde e encontra-se fundamentado no Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de Dois Anos. Esse documento orienta que a alimentação seja baseada em alimentos in natura e minimamente processados, com exclusão dos alimentos

ultraprocessados, ausência de adição de sal no primeiro ano de vida e não oferta de açúcares adicionados e mel antes dos dois anos de idade. Tais recomendações são essenciais para promover crescimento e desenvolvimento adequados, além de favorecer a formação de hábitos alimentares saudáveis com repercussões ao longo de toda a vida (Brasil, 2019; SBP, 2021).

O Guia Alimentar também alerta para os riscos da introdução precoce de alimentos antes dos seis meses de idade. Essa prática pode aumentar a ocorrência de agravos à saúde, elevar o risco de obesidade, diabetes e distúrbios alimentares, além de comprometer a absorção de nutrientes importantes, como ferro e zinco, presentes no leite materno. Ademais, o trato gastrointestinal da criança ainda não apresenta maturidade suficiente para receber outros alimentos nesse período (Melo *et al.*, 2021; Brasil, 2019).

Dessa forma, a oferta alimentar deve ocorrer no momento oportuno e ser baseada em alimentos seguros, acessíveis e compatíveis com a cultura alimentar da família. Essa abordagem favorece uma alimentação adequada e saudável, alinhada aos princípios da Política Nacional de Alimentação e Nutrição, que preconiza o desenvolvimento sustentável, equitativo e promotor da saúde (Brasil, 2013; Brasil, 2015b).

Apesar disso, diversos fatores podem dificultar a implementação de práticas alimentares adequadas na primeira infância. Entre eles destacam-se as vulnerabilidades socioeconômicas, o conhecimento insuficiente da população acerca das recomendações nutricionais e a limitada oferta de orientações qualificadas por parte dos profissionais de saúde durante esse período (Meirelles *et al.*, 2026; SBP, 2021).

Nesse sentido, conhecer as recomendações alimentares voltadas aos primeiros anos de vida constitui uma importante estratégia para superar tais desafios e promover melhores condições de saúde na infância. Essa perspectiva justifica a atenção direcionada pelas políticas públicas às práticas alimentares nesse período, especialmente em razão da relevância dos primeiros mil dias de vida, compreendidos entre a concepção e o segundo ano de vida da criança.

Trata-se de uma janela crítica para o neurodesenvolvimento e para a construção das bases da saúde física, emocional e cognitiva (Cohen Kadosh *et al.*, 2021).

Para que esse desenvolvimento ocorra de forma adequada, é necessária a interação harmoniosa entre fatores biológicos, psicológicos, ambientais, genéticos, nutricionais e psicossociais. A ausência ou inadequação desses elementos pode desencadear efeitos cumulativos negativos ao longo da vida, resultando em perdas de potencial nem sempre passíveis de recuperação (Cohen Kadosh *et al.*, 2021; Shonkoff & Phillips, 2000).

Tal compreensão reforça a importância de ambientes promotores do desenvolvimento saudável, uma vez que as experiências vivenciadas nos primeiros anos influenciam respostas biológicas futuras. Esse fenômeno é explicado pela Teoria das Origens Desenvolvimentistas da Saúde e da Doença (DOHaD), segundo a qual as condições ambientais precoces podem repercutir sobre a saúde ao longo de toda a vida (Gluckman *et al.*, 2008).

A priorização da primeira infância pelas políticas públicas também se justifica pelo potencial impacto desse período sobre a formação do capital humano, o progresso social e a saúde das futuras gerações. Dessa forma, a vigilância do crescimento e do desenvolvimento infantil torna-se fundamental, especialmente quando associada à promoção de práticas alimentares adequadas e de ações voltadas ao desenvolvimento integral da criança, contribuindo para a melhoria dos indicadores de saúde e desenvolvimento da sociedade.

Outro aspecto relevante refere-se à elevada neuroplasticidade observada nos primeiros anos de vida, período também denominado de “períodos sensíveis” do desenvolvimento cerebral. Nessa fase, o cérebro apresenta maior capacidade de aprendizagem e aquisição de habilidades, sendo que estímulos frequentes e repetidos tendem a produzir efeitos mais duradouros. Esse processo favorece o desenvolvimento de competências motoras, sociais e comunicacionais, repercutindo positivamente na qualidade de vida do indivíduo (Okoye *et al.*, 2023; Penhune, 2011).

Diante desse conjunto de evidências, a APS ocupa posição estratégica na promoção da alimentação saudável e do desenvolvimento infantil, constituindo-se como elo entre as famílias e o conhecimento científico. Nesse contexto, cabe aos profissionais de saúde traduzir e aplicar esse conhecimento por meio de ações educativas. Estudos demonstram que intervenções desenvolvidas de forma intersetorial, envolvendo família, escola e serviços de saúde, apresentam resultados mais consistentes e duradouros, favorecendo melhorias nas práticas alimentares e contribuindo para a redução da obesidade infantil e da desnutrição. Tais ações tornam-se ainda mais relevantes diante do cenário brasileiro de transição nutricional, marcado pela coexistência desses agravos (Braga et al., 2026).

Entretanto, ainda são necessários avanços na organização dos processos de trabalho da APS, de modo a ampliar as oportunidades para a realização de ações educativas qualificadas. A elevada demanda assistencial frequentemente limita o tempo disponível para orientações mais aprofundadas, comprometendo a adoção de abordagens contextualizadas, intersetoriais e centradas nas necessidades das crianças e de suas famílias. Nesse sentido, o fortalecimento dessas estratégias constitui um caminho essencial para qualificar o acompanhamento infantil e promover intervenções mais efetivas (Braga et al., 2026; Meirelles et al., 2026).

Desafios e perspectivas para o cuidado integral à criança no SUS

Apesar dos avanços observados nas últimas décadas nos indicadores de saúde infantil, a efetivação do cuidado integral à criança ainda enfrenta importantes desafios estruturais, organizacionais e sociais. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) estabelece que a atenção à saúde infantil deve ocorrer de forma integral, contínua e articulada em rede, contemplando ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento

e reabilitação (Brasil, 2015a). Entretanto, a concretização desse modelo de atenção ainda é impactada por fatores que comprometem a qualidade e a longitudinalidade do cuidado.

Entre os desafios mais evidentes destaca-se a redução das coberturas vacinais observada no Brasil nos últimos anos. Embora o Programa Nacional de Imunizações (PNI) seja reconhecido internacionalmente pelos seus resultados históricos, diversos imunobiológicos apresentaram queda significativa na cobertura vacinal entre 2016 e 2022 (Brasil, 2024a). Esse fenômeno resulta de múltiplos fatores, incluindo dificuldades de acesso aos serviços de saúde, redução da percepção de risco das doenças imunopreveníveis, disseminação de informações falsas e aumento da hesitação vacinal. Como consequência, doenças anteriormente controladas voltaram a representar ameaça à saúde pública, exigindo das equipes da APS maior esforço na busca ativa de crianças com esquemas vacinais incompletos e no fortalecimento das ações educativas junto às famílias.

Outro aspecto que compromete a integralidade do cuidado infantil refere-se às persistentes desigualdades regionais em saúde. Estudo ecológico abrangendo os 5.570 municípios brasileiros demonstrou autocorrelação espacial entre a taxa de mortalidade infantil e a qualidade da estrutura e do processo de trabalho na atenção primária à saúde, com os piores indicadores concentrados nas regiões Norte e Nordeste (Dilélío et al., 2024). Embora o SUS tenha ampliado o acesso à assistência em todo o território nacional, importantes diferenças ainda são observadas entre regiões, Estados e municípios. Crianças residentes em áreas rurais, comunidades tradicionais, territórios indígenas e regiões socialmente vulneráveis frequentemente enfrentam maiores dificuldades para acessar serviços de saúde, exames diagnósticos e atendimentos especializados, o que contribui para a manutenção das iniquidades em saúde (Brasil, 2015a).

As dificuldades de acesso aos serviços de saúde constituem outro desafio relevante para a saúde pública. Barreiras geográficas, limitações na disponibilidade de profissionais, dificuldades de transporte e demora no

acesso aos serviços especializados interferem diretamente na continuidade do acompanhamento infantil. Segundo Starfield (2002), a acessibilidade representa um dos atributos essenciais da APS, sendo indispensável para garantir a coordenação do cuidado e a resolutividade das demandas da população. Quando esse acesso é comprometido, há maior risco de atrasos diagnósticos, interrupção do acompanhamento e agravamento de condições potencialmente evitáveis.

No âmbito da vigilância do crescimento e desenvolvimento infantil, persistem fragilidades que dificultam a identificação precoce de alterações e atrasos no desenvolvimento. Apesar das recomendações do Ministério da Saúde para o acompanhamento sistemático dos marcos do desenvolvimento durante as consultas de puericultura, estudos apontam utilização insuficiente dos instrumentos de vigilância, registros incompletos na Caderneta da Criança e dificuldades dos profissionais na avaliação e interpretação dos sinais de alerta (Palombo *et al.*, 2023). Essas limitações podem retardar intervenções oportunas e comprometer o potencial de desenvolvimento infantil, especialmente durante os primeiros anos de vida, período considerado crítico para a aquisição de habilidades cognitivas, motoras e socioemocionais.

A sobrecarga dos serviços de APS também representa um importante obstáculo para a qualidade do cuidado prestado às crianças. O aumento da demanda assistencial, associado à insuficiência de recursos humanos e materiais em diversos municípios brasileiros, dificulta a realização de ações preventivas, consultas de puericultura e atividades educativas. Em muitos cenários, os profissionais precisam conciliar funções assistenciais, administrativas e gerenciais, reduzindo o tempo disponível para o acompanhamento longitudinal das crianças e de suas famílias. Essa realidade compromete a capacidade da APS de exercer plenamente seu papel coordenador da atenção à saúde.

Além disso, os impactos decorrentes da pandemia da Covid-19 ainda repercutem sobre a saúde infantil e sobre a organização dos serviços de atenção primária. Durante a emergência sanitária, observou-se redução das

consultas de rotina, interrupção de atividades coletivas, atrasos na vacinação e diminuição do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Dados recentes do Ministério da Saúde demonstram que, embora tenha ocorrido recuperação progressiva das coberturas vacinais após 2023, os efeitos acumulados da pandemia ainda exigem estratégias específicas para a recomposição das ações de vigilância e promoção da saúde infantil (Brasil, 2024a; Brasil, 2024b).

O fortalecimento do cuidado à saúde da criança na APS constitui estratégia essencial para a consolidação dos princípios do SUS e para a garantia do desenvolvimento integral da população infantil. Diante dos desafios relacionados às mudanças epidemiológicas, às desigualdades sociais e regionais e aos impactos decorrentes da pandemia da Covid-19, a consolidação desse cuidado requer investimentos contínuos na qualificação profissional, no fortalecimento das redes de atenção e na ampliação do acesso aos serviços, de modo a qualificar os processos de trabalho e ampliar a capacidade de resposta dos serviços de saúde às necessidades das crianças e de suas famílias (Brasil, 2015a). O enfrentamento desses desafios é fundamental para assegurar que todas as crianças tenham acesso a uma atenção integral, equitativa e de qualidade, capaz de promover seu pleno crescimento e desenvolvimento.

Nesse contexto, a qualificação profissional emerge como um dos principais pilares para o fortalecimento da atenção à saúde infantil. O cuidado integral à criança exige dos profissionais conhecimentos técnicos atualizados e competências que permitam identificar precocemente agravos, acompanhar o crescimento e desenvolvimento infantil, orientar as famílias e atuar de forma interdisciplinar.

Para sustentar esse conjunto de competências em constante atualização, a educação permanente em saúde apresenta-se como ferramenta central para a transformação das práticas assistenciais. Diferentemente dos modelos tradicionais de capacitação, a educação permanente fundamenta-se na problematização das situações vivenciadas no cotidiano dos serviços e na construção coletiva do conhecimento, favorecendo a reflexão crítica

sobre os processos de trabalho (Brasil, 2018). Na área da saúde da criança, essa estratégia possibilita a atualização constante das equipes quanto às recomendações relacionadas à imunização, vigilância do desenvolvimento, alimentação infantil e manejo das condições prevalentes da infância.

Outra perspectiva promissora para o fortalecimento da APS é a incorporação de tecnologias digitais ao cuidado infantil. A transformação digital em saúde tem possibilitado a ampliação do acesso à informação, o monitoramento de indicadores, a qualificação dos registros clínicos e a aproximação entre profissionais e usuários. Ferramentas como prontuários eletrônicos, sistemas de informação em saúde, teleconsultorias e aplicativos voltados ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil podem contribuir para a continuidade do cuidado e para a tomada de decisões baseadas em evidências (WHO, 2021). Além disso, as tecnologias digitais têm se mostrado importantes aliadas na disseminação de informações confiáveis sobre vacinação, aleitamento materno e cuidados na primeira infância, especialmente em contextos marcados pela circulação de desinformação.

A puericultura constitui outra estratégia central da promoção da saúde infantil. Como prática estruturante da APS, organiza o acompanhamento sistemático do crescimento e do desenvolvimento da criança, articulando a vigilância antropométrica, a identificação de fatores de risco, a prevenção de agravos e a orientação de hábitos saudáveis desde os primeiros anos de vida. Em sua dimensão longitudinal, configura-se como espaço privilegiado de cuidado, em que alterações nutricionais, atrasos do desenvolvimento e situações de vulnerabilidade integram o próprio escopo de atuação.

Paralelamente, a ampliação das ações comunitárias representa uma importante estratégia para aproximar os serviços de saúde das realidades vivenciadas pelas famílias. A APS possui forte inserção territorial e potencial para desenvolver atividades educativas, grupos de orientação, visitas domiciliares e ações intersetoriais voltadas à promoção da saúde infantil. Segundo Starfield (2002), a orientação comunitária constitui um dos atributos

derivados da APS e permite que os serviços atuem de forma mais sensível às necessidades locais, fortalecendo o vínculo com a população e ampliando a efetividade das intervenções.

A participação familiar também deve ser reconhecida como elemento central no cuidado à criança. O desenvolvimento infantil ocorre em um contexto relacional, sendo a família o principal ambiente de cuidado, proteção e estímulo nos primeiros anos de vida. Nesse sentido, políticas e práticas de saúde devem estimular o protagonismo dos pais e cuidadores, promovendo o compartilhamento de decisões e o fortalecimento das competências familiares para o cuidado infantil (Brasil, 2015a). Evidências demonstram que o envolvimento ativo da família está associado a melhores indicadores de saúde, desenvolvimento e adesão às ações de promoção e prevenção (Black *et al.*, 2017).

Dessa forma, o fortalecimento do cuidado à criança na APS requer uma abordagem integrada que articule qualificação profissional, educação permanente, inovação tecnológica, fortalecimento da puericultura, ampliação das ações comunitárias e participação familiar. Essas estratégias são fundamentais para consolidar a integralidade do cuidado e garantir que todas as crianças tenham acesso a uma atenção contínua, resolutiva e centrada em suas necessidades e potencialidades.

Considerações Finais

A saúde da criança constitui um campo prioritário das políticas públicas de saúde e demanda ações contínuas, integradas e centradas nas necessidades da criança e de sua família. Neste capítulo, evidenciou-se que a APS desempenha papel fundamental na promoção, proteção e recuperação da saúde infantil, configurando-se como o principal espaço para o desenvolvimento de ações voltadas à vigilância do crescimento e desenvolvimento, imunização, promoção da alimentação saudável e prevenção de agravos.

A integralidade do cuidado à criança pressupõe uma abordagem ampliada, que considere os determinantes biológicos, sociais, econômicos e culturais envolvidos no processo saúde-doença. Nesse sentido, a atuação das equipes de saúde da família é essencial para a identificação precoce de situações de vulnerabilidade, o acompanhamento longitudinal das crianças e o fortalecimento dos vínculos entre os serviços de saúde, as famílias e a comunidade.

Entretanto, apesar dos avanços alcançados nas últimas décadas, persistem importantes desafios para a consolidação do cuidado integral à criança na APS. A redução das coberturas vacinais, as desigualdades regionais no acesso aos serviços de saúde, as fragilidades na vigilância do desenvolvimento infantil, a sobrecarga dos serviços e os impactos decorrentes da pandemia da Covid-19 evidenciam a necessidade de investimentos contínuos na qualificação da atenção à saúde infantil.

Frente a esse cenário, torna-se indispensável fortalecer estratégias voltadas à qualificação profissional, à educação permanente em saúde, à incorporação de tecnologias digitais, ao aprimoramento das ações de puericultura e à ampliação das iniciativas comunitárias. Da mesma forma, o envolvimento ativo das famílias no processo de cuidado deve ser reconhecido como elemento essencial para a promoção do desenvolvimento pleno e saudável das crianças.

Por fim, reafirma-se que o cuidado à saúde da criança, compreendido no campo da Saúde Coletiva e operacionalizado por uma APS forte, resolutiva e orientada pelos princípios da integralidade, longitudinalidade, coordenação do cuidado e participação social, constitui o eixo estruturante para a melhoria dos indicadores de saúde infantil. Investir no cuidado à criança significa investir no desenvolvimento humano, na redução das desigualdades e na construção de uma sociedade mais saudável, equitativa e sustentável desse cuidado exige operar simultaneamente nos planos biológico, social, econômico e cultural, reconhecendo a criança como sujeito de direitos e a família como unidade de cuidado. As equipes de Saúde da Família ocupam posição estratégica

nesse arranjo, pois conjugam a identificação precoce de vulnerabilidades, o acompanhamento longitudinal das trajetórias infantis e a construção de vínculo entre serviços, famílias e território.

Os avanços alcançados nas últimas décadas convivem, contudo, com retrocessos e desafios persistentes: a queda das coberturas vacinais e a reemergência de doenças imunopreveníveis, as desigualdades regionais no acesso e na qualidade dos serviços, as fragilidades da vigilância do desenvolvimento infantil, a sobrecarga das equipes de APS e os efeitos prolongados da pandemia de Covid-19 sobre os indicadores infantis. Esse quadro exige resposta articulada, não a mera reposição da rotina assistencial, mas a reconfiguração das práticas e dos processos de trabalho.

Tal reconfiguração ancora-se em eixos articulados: qualificação profissional e educação permanente em saúde como vetores de transformação das práticas; incorporação crítica de tecnologias digitais e de instrumentos como a Caderneta da Criança no cotidiano dos serviços; fortalecimento da puericultura e da vigilância do desenvolvimento; e participação ativa das famílias e da comunidade, reconhecidas como coprodutoras do cuidado infantil.

Orientada pelos princípios da integralidade, da longitudinalidade, da coordenação do cuidado e da participação social, a atenção à saúde da criança extrapola a contabilidade dos indicadores epidemiológicos e se afirma como campo de produção de equidade no curso da vida. Investir no cuidado infantil, em sua dimensão técnica, política e relacional, é decisão estratégica para reduzir desigualdades e sustentar trajetórias saudáveis de desenvolvimento desde a primeira infância.

Referências

American Academy of Pediatrics. (2020). Promoting optimal development: Identifying infants and young children with developmental disorders through developmental surveillance and screening. *Pediatrics*, 145(1), e20193449.

Benjamin-Chung, J., et al. (2023). Early-childhood linear growth faltering in low- and middle-income countries. *Nature*, 621(7979), 550–557.

Black, M. M., Walker, S. P., Fernald, L. C. H., et al. (2017). Early childhood development coming of age: Science through the life course. *The Lancet*, 389(10064), 77–90.

Boing, A. F., & Boing, A. C. (2025). Modest advances, persistent inequalities: Child mortality in Brazil from 2010 to 2022. *Revista de Saúde Pública*, 59, e18. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2025059006452>

Braga, E. P., Barreto, K. A. C., & Malinovski, J. (2026). O papel das estratégias de saúde e educação nutricional na prevenção da obesidade infantil no Brasil: Uma revisão integrativa. *Revista Científica Multidisciplinar O Saber*, 1(1). <https://doi.org/10.51473/rcmos.v1i1.2026.1962>

Brasil, Ministério da Saúde. (2024a). *Avanço na vacinação: Brasil sai da lista dos 20 países com mais crianças não vacinadas*. Ministério da Saúde.

Brasil, Ministério da Saúde. (2015a). *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC)*. Ministério da Saúde.

Brasil, Ministério da Saúde. (2018). *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: O que se tem produzido para o seu fortalecimento?* Ministério da Saúde.

Brasil, Ministério da Saúde. (1976). *Portaria nº 452/NR, de 6 de dezembro de 1976*. Institui, em todo o território nacional, os calendários de vacinação. *Diário Oficial da União*.

Brasil, Ministério da Saúde. (2026). *Calendário Nacional de Vacinação 2026*. Ministério da Saúde. <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/c/calendario-nacional-de-vacinacao>

Brasil, Ministério da Saúde. (2011). *Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: Norma técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN*. Ministério da Saúde.

Brasil, Ministério da Saúde. (2013). *Política Nacional de Alimentação e Nutrição (1ª ed., 1ª reimpr.)*. Ministério da Saúde.

Brasil, Ministério da Saúde. (2015b). *Saúde da criança: Aleitamento materno e alimentação (2ª ed.)*. Ministério da Saúde.

Brasil, Ministério da Saúde. (2012). *Saúde da criança: Crescimento e desenvolvimento*. Ministério da Saúde.

Brasil, Ministério da Saúde. (2019). *Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos*. Ministério da Saúde.

Brasil, Secretaria de Comunicação Social da Presidência da República. (2024b). *Brasil reverte tendência de queda nas coberturas vacinais e oito imunizantes do calendário infantil registram alta em 2023*. Secretaria de Comunicação Social da Presidência da República.

Brasil, Ministério da Saúde. (2024c). *Caderneta da Criança: Passaporte da cidadania (7ª ed.)*. Ministério da Saúde.

Bussink-Voorend, D., et al. (2022). A systematic literature review to clarify the concept of vaccine hesitancy. *Nature Human Behaviour*, 6(12), 1634–1648.

Ceccon, R. F., Bueno, A. L. M., Hesler, L. Z., Kirsten, K. S., Portes, V. M., & Viegili, P. R. N. (2014). Mortalidade infantil e Saúde da Família nas unidades da Federação brasileira, 1998-2008. *Cadernos Saúde Coletiva*, 22(2), 177–183. <https://doi.org/10.1590/1414-462x201400020011>

Cohen Kadosh, K., et al. (2021). Nutritional support of neurodevelopment and cognitive function in infants and young children: An update and novel insights. *Nutrients*, 13(1).

Couto, M. T., Barbieri, C. L. A., & Matos, C. C. de S. A. (2021). Considerações sobre o impacto da COVID-19 na relação indivíduo-sociedade: Da hesitação vacinal ao clamor por uma vacina. *Saúde e Sociedade*, 30(1), e200450.

de Onis, M., & Branca, F. (2021). *Early and long-term consequences of nutritional stunting: From childhood to adulthood*. *Maternal & Child Nutrition*, 17(Suppl. 1), e13188.

Dilégio, A. S., Natividade, M., Facchini, L. A., Pereira, M., & Tomasi, E. (2024). Structure and process in primary health care for children and spatial distribution of infant mortality. *Revista de Saúde Pública*, 58, 21. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2024058005527>

Domingues, C. M. A. S., et al. (2020). 46 anos do Programa Nacional de Imunizações: Uma história repleta de conquistas e desafios a serem superados. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(2), e00222919.

Dubé, E., et al. (2021). Vaccine hesitancy, acceptance, and anti-vaccination: Trends and future prospects for public health. *Annual Review of Public Health*, 42, 175–191.

Enore, R. M. B., et al. (2024). Vaccination coverage and abandonment among children under two years old in Brazil: A time-series study. *Revista Paulista de Pediatria*, 42, e2023116.

Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil [ENANI]. (2021). *Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil – ENANI-2019: Relatório de aleitamento materno*. UFRJ.

Fernandes, A. S. S., et al. (2021). Oportunidades perdidas para vacinação de crianças: Uma revisão integrativa da literatura. *Brazilian Journal of Health Review*, 4(6), 29207–29224.

Gluckman, P. D., et al. (2008). Effect of in utero and early-life conditions on adult health and disease. *New England Journal of Medicine*, 359(1), 61–73.

Larson, H. J., Gakidou, E., & Murray, C. J. L. (2022). The vaccine-hesitant moment. *New England Journal of Medicine*, 387(1), 58–65.

Leal, S. L. S., Oliveira, E. R., & Pessoa, M. L. F. (2021). *Uso da caderneta de saúde da criança no acompanhamento do crescimento: Uma revisão de escopo*. *Revista APS*, 24.

Lima, E. J. F. (2020). *Rotinas em imunização (3ª ed.)*. Vaccine.

Malta, D. C., Sardinha, L. M. V., Moura, L., Lansky, S., Leal, M. C., Szwarcwald, C. L., et al. (2010). Atualização da lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 19(2), 173–176.

Machado, R. S., et al. (2022). Determinants for COVID-19 vaccine hesitancy in the general population: A systematic review of reviews. *Journal of Public Health*, 31(6), 1829–1845.

Meirelles, L. M. R., Oliveira, C. T. E. S., & Costa, L. R. (2026). *Introdução alimentar e atenção primária à saúde: Um desafio da prática do cuidado em saúde no território*. Interfaces em Ciências da Saúde, 5.

Melo, N. K. L., et al. (2021). Aspectos influenciadores da introdução alimentar infantil. *Distúrbios da Comunicação*, 33(1), 14–24.

Mertens, A., et al. (2023). Causes and consequences of child growth faltering in low-resource settings. *Nature*, 621(7979), 568–576.

Muller, T. L., Lange, F. C., & Hellmann, F. (2024). Hesitação vacinal infantil e COVID-19 no Brasil: Ampliando a análise a partir da percepção dos profissionais de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 40(9), e00068824.

Nascimento, W. S. M., et al. (2025). Factors associated with missed opportunities for vaccination in children during the first year of life: A cross-sectional study. *Vaccines*, 13(11), 1129.

Nobre, C. S., et al. (2022). Caderneta da Criança: Análise situacional de sua utilização por profissionais no nordeste brasileiro. *Journal of Health & Biological Sciences*, 10(1).

Okoye, C., et al. (2023). Early diagnosis of autism spectrum disorder: A review and analysis of the risks and benefits. *Cureus*, 15(8), e43226. <https://doi.org/10.7759/cureus.43226>

Organização Pan-Americana da Saúde [OPAS]. (2017). *Metodología para la evaluación de oportunidades perdidas de vacunación*. OPAS. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49297>

Palmieri, I. G. S., et al. (2023). Vaccination coverage of triple viral and poliomyelitis in Brazil, 2011-2021: Temporal trend and spatial dependency. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 26, e230047.

Palombo, C. N. T., et al. (2023). *Vigilância do desenvolvimento na primeira infância: Aspectos conceituais para a prática na atenção primária à saúde*. Seven Editora.

Patriota, É. S. O., et al. (2024). Association between household food insecurity and stunting in children aged 0–59 months: Systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Maternal & Child Nutrition*, 20(2), e13609.

Penhune, V. B. (2011). Sensitive periods in human development: Evidence from musical training. *Cortex*, 47(9), 1126–1137. <https://doi.org/10.1016/j.cortex.2011.05.010>

Saavedra, R. C., et al. (2025). Is Brazil reversing the decline in childhood immunization coverage in the post-COVID-19 era? An interrupted time series analysis. *Vaccines*, 13(5), 527.

Santana, E. J., et al. (2024). Técnicas de introdução alimentar: Métodos, benefícios e riscos. *Revista Fisio&Terapia*, 28. <https://doi.org/10.69849/revistaft/th102411010907>

Shonkoff, J. P., & Phillips, D. A. (Eds.). (2000). *From neurons to neighborhoods: The science of early childhood development*. National Academy Press.

Sociedade Brasileira de Pediatria [SBP]. (2021). *Guia prático de alimentação da criança de 0 a 5 anos*. SBP. [https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/23148cf-GPrat_Aliment_Crc_0-](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/23148cf-GPrat_Aliment_Crc_0-5)

Souza, J. M., & Verissimo, M. L. Ó. R. (2015). Desenvolvimento infantil: Análise de um novo conceito. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(6), 1097–1104.

Souto, E. P., et al. (2024). Hesitação vacinal infantil e COVID-19: Uma análise a partir da percepção dos profissionais de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 40(3), e00061523.

Starfield, B. (2002). *Atenção primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. UNESCO; Ministério da Saúde.

Strategic Advisory Group of Experts on Immunization [SAGE]. (2014). *Report of the SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy*. World Health Organization. <https://www.who.int/immunization/sage/meetings/2014/october/>

Teixeira, J. A., et al. (2023). Estudos sobre a Caderneta da Criança no Brasil: Uma revisão de escopo. *Revista de Saúde Pública*, 57, 48.

United Nations Children's Fund [UNICEF]. (2024). *The state of the world's children 2024: The future of childhood in a changing world*. UNICEF. <https://www.unicef.org/reports/state-of-worlds-children/2024>

Vieira, L. V., Vanicolli, A. L. B., & Rapley, G. (2020). Comparação entre práticas relatadas da abordagem do baby-led weaning e a tradicional para a realização da alimentação complementar. *DEMETRA*, 15, e46047. <https://www.e-publicacoes.uerj.br/demetra/article/view/46047>

Wilson, D. (2014). *Promoção da saúde do lactente e da família (Capítulo 12, pp. 517–522)*. In M. J. Hockenberry & D. Wilson (Eds.), *Wong Enfermagem da Criança e do Adolescente: Vol. I* (9ª ed.). Lusociência.

World Health Organization [WHO]. (2021). *Global strategy on digital health 2020–2025*. WHO.

World Health Organization [WHO]. (2020). *Improving early childhood development: WHO guideline*. WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/97892400020986>

World Health Organization [WHO]. (2007). *WHO child growth standards: Head circumference-for-age, arm circumference-for-age, triceps skinfold-for-age and subscapular skinfold-for-age: Methods and development*. WHO.

World Health Organization [WHO]. (2006). *WHO child growth standards: Length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age: Methods and development*. WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/924154693X>

World Health Organization [WHO], United Nations Children's Fund [UNICEF], & World Bank Group. (2018). *Nurturing care for early childhood development: A framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential*. WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241514064>

World Health Organization [WHO]. (2025). *Child growth standards*. WHO. <https://www.who.int/tools/child-growth-standards>



CAPÍTULO 8

ADOLESCÊNCIA: RITO DE PASSAGEM E CUIDADO COLETIVO

Iolanda Gonçalves de Alencar Figueiredo

Antônia Sylca de Jesus Sousa

Danila Bezerra Barros Leal Lima

Tainá Gomes de Brito

Wanderson da Silva Nogueira

Letícia de Jesus da Silva

Sobre este capítulo:

Adolescer é aqui compreendido como um rito de passagem, conceito de Van Gennep retomado para pensar a fragilização dos marcadores simbólicos que hoje acompanham a transição da infância à vida adulta. O capítulo percorre a construção histórica da adolescência, das sociedades antigas aos marcos teóricos do século XX, para situar o cuidado coletivo (família, escola, serviços de saúde e território) como resposta às vulnerabilidades produzidas socialmente nessa fase, reafirmando o adolescente como sujeito de direitos e corresponsável por seu projeto de vida.

A adolescência é uma construção relativamente recente na história das sociedades humanas. Durante séculos, a transição entre a infância e a vida adulta

ocorreu de maneira repentina, sem o reconhecimento de uma fase intermediária. É no bojo das transformações sociais, econômicas e culturais da modernidade que a adolescência passou a ser reconhecida como uma etapa específica do ciclo vital, dotada de características próprias e necessidades singulares (Aries, 1981).

Na atualidade, essa etapa é amplamente reconhecida como um período de intensas transformações e profundas vulnerabilidades. Saito (2014) descreve essa fase como um momento de reorganização psíquica e social, no qual o adolescente precisa lidar simultaneamente com mudanças corporais, emocionais e relacionais, muitas vezes sem possuir ainda recursos simbólicos suficientes para elaborá-las. Trata-se de uma etapa marcada por conflitos, rupturas e pela necessidade constante de reconstrução da própria identidade.

Para Dolto (2004), a adolescência é compreendida como um verdadeiro rito de passagem, no qual o sujeito precisa “morrer” simbolicamente como criança para renascer como adulto. Esse processo, segundo a autora, é inevitavelmente doloroso, pois envolve perdas, lutos e a confrontação com limites do corpo, da família e da própria sociedade. Os ritos de passagem contemporâneos, como veremos mais a frente, muitas vezes fragilizados ou ausentes, acabam sendo vividos de forma solitária, o que pode intensificar o sofrimento psíquico do adolescente.

A construção da identidade e o amadurecimento emocional do adolescente não ocorrem de maneira isolada, mas dependem de um ambiente suficientemente bom, capaz de sustenta-lo em suas experimentações e crises (Erikson, 1976). Nesse sentido, o cuidado coletivo torna-se essencial, uma vez que a família, a escola, os profissionais de saúde, educação e a comunidade desempenham um papel fundamental ao oferecer escuta, acolhimento e limites, ajudando o adolescente a atravessar seus ritos de passagem de forma menos conflituosa e com maior segurança.

Assim, compreender a adolescência e suas particularidades é reconhecer que o sofrimento vivido nesse período não é um sinal de fragilidade individual, mas parte de um processo humano e social e, investir no cuidado coletivo

é, portanto, uma forma de legitimar a experiência adolescente, fortalecer vínculos e promover um desenvolvimento mais saudável e integrado.

Este capítulo nasce da preocupação de sublimar a temática “adolescência, ritos de passagem e cuidado coletivo” com o objetivo de resgatar o processo histórico de reconhecimento da adolescência enquanto fase do desenvolvimento humano, os rituais de passagem presentes em diferentes povos e tecer uma discussão em torno da importância do cuidado coletivo durante a travessia desse período do ciclo vital.

Construção histórica e transformações sociais da adolescência

Nas sociedades antigas, como a Grécia, Roma e Esparta, não havia uma concepção clara de adolescência como fase intermediária prolongada. O que existia era uma distinção funcional entre crianças e adultos, baseada sobretudo na capacidade física, no gênero e na posição social, sendo a transição entre elas mediada por ritos sociais, religiosos e jurídicos (Aries, 1981).

Na Grécia, a formação dos jovens estava diretamente associada à educação para a vida pública e para a cidadania. Em Atenas, os rapazes, ao atingirem a puberdade, ingressavam na *efebia*, um período de preparação física, moral e política que os habilitava ao exercício pleno da cidadania. Essa etapa, segundo Jaeger (2013), não se configurava como um espaço de experimentação subjetiva, mas como um processo de incorporação dos valores da pólis.

Em Roma, embora houvesse maior valorização da família e do direito, a adolescência também não era reconhecida como categoria social específica. A passagem para a vida adulta era simbolizada pela cerimônia da *toga virilis*, que conferia ao jovem do sexo masculino o status jurídico de cidadão. O *pater familias* exercia autoridade absoluta sobre os filhos, regulando o momento e as condições dessa transição (Aries, 1981).

Em Esparta, a transição era ainda mais rigorosa, marcada pela *agogé*, sistema estatal de educação militar que submetia os jovens a uma disciplina intensa desde a infância. Nesse contexto, o valor do jovem estava vinculado à obediência, à resistência física e ao compromisso coletivo, reforçando a ausência de uma adolescência enquanto tempo de elaboração identitária individual (Veyne, 2009).

Do ponto de vista filosófico, Aristóteles (2001) reconhecia a juventude como uma fase marcada pela impulsividade e pelas paixões, o que demandava educação moral e formação ética. Contudo, essa condição não implicava a necessidade de proteção social prolongada, mas sim de controle e direcionamento para a virtude.

Um pouco mais a frente, chegando à Idade Média, a adolescência permaneceu como uma categoria pouco delimitada. Segundo Aries (1981), não existia um sentimento social que distinguisse claramente a infância, a adolescência e a vida adulta, especialmente entre as camadas populares. Crianças e adolescentes eram incorporados precocemente ao mundo do trabalho, compartilhando tarefas e responsabilidades com os adultos.

É tanto que no meio camponês, a puberdade frequentemente coincidia com a entrada nas atividades produtivas, sem que houvesse um período intermediário reconhecido socialmente. Já nos contextos urbanos e aristocráticos, observa-se o surgimento de formas embrionárias de diferenciação etária, especialmente associadas ao aprendizado de ofícios, à formação militar e à vida religiosa (Le Goff, 2018).

Nesse período, a Igreja Católica desempenhou papel central na regulação da juventude medieval, a qual, era frequentemente associada à instabilidade moral, à tentação e ao pecado, sendo alvo de discursos normativos que enfatizavam a disciplina do corpo e o controle da sexualidade. A confissão, a catequese e os códigos morais atuavam como dispositivos de vigilância e formação dos jovens (Foucault, 1988).

Apesar da ausência de uma concepção moderna de adolescência, entende-se que a Idade Média contribuiu para a construção de práticas

educativas e morais direcionadas aos jovens, preparando o terreno para a emergência, nos séculos posteriores, de uma compreensão mais diferenciada das etapas da vida.

De acordo com Aries (1981) é a partir da Modernidade, especialmente entre os séculos XVIII e XIX, que se inicia um processo de reconhecimento da adolescência como fase específica do desenvolvimento humano. As transformações sociais decorrentes da revolução industrial, a ampliação da escolarização, a regulamentação do trabalho infantil e a reorganização da família contribuíram para a criação de um intervalo prolongado entre a infância e a vida adulta – a adolescência. Para o autor *“foi a escolarização que separou definitivamente a infância da idade adulta”*.

A obra *“Adolescence”* de Hall (1904), considerado o pai da psicologia da adolescência, representa o marco teórico fundamental desse reconhecimento. Hall descreveu a adolescência como um período de “tempestade e ímpeto”, caracterizado por intensas mudanças emocionais, conflitos internos e instabilidade comportamental. Embora criticada por seu viés biologizante, sua obra foi essencial para consolidar a adolescência como objeto de estudo científico.

Desde então, ao longo do século XX, diferentes autores ampliaram a compreensão da adolescência, superando visões exclusivamente biológicas, a saber: Jean Piaget, que destacou o desenvolvimento do pensamento formal na adolescência, caracterizado pela capacidade de abstração, raciocínio hipotético-dedutivo e reflexão moral; Erikson, definiu a adolescência como a etapa do conflito entre identidade versus confusão de papéis, enfatizando a construção da identidade pessoal e social como tarefa central desse período e Vygotsky, que a partir de uma perspectiva histórico-cultural, compreendeu a adolescência como um processo mediado pelas relações sociais, pela linguagem e pela cultura, rejeitando a ideia de uma crise universal e inevitável (Piaget, 2003; Erikson, 1976; Vygotsky, 2007).

No tempo presente a adolescência se estabelece entre indivíduos com 10 a 19 anos de idade, Brasil (2010). Entretanto, numa perspectiva jurídica,

o Estatuto da Criança e do Adolescente define este como sendo toda pessoa no período etário entre 12 a 18 anos sendo seu final inaugurado com a maioridade civil no Brasil (Brasil, 1990). Essas abordagens reforçam a noção de que a adolescência não é apenas uma fase biológica, mas um fenômeno profundamente influenciado pelo contexto social e cultural.

Ritos de Passagem na Construção Social da Adolescência

De acordo com Reis e Zioni (1993), a adolescência em certas sociedades, pode ser ignorada ou, ao contrário, valorizada a ponto de mobilizar e catalisar em torno de si vastos setores dos comportamentos organizados do conjunto da sociedade. Disto decorre, que os eventos biopubertários, que marcam caracteristicamente tanto os meninos como as meninas, podem ser tratados, em nível social, de maneira bastante diferenciada pelas cerimônias ritualistas que celebram, em última instância, a passagem da infância para a adolescência.

O conceito de Ritos de passagem foi introduzido por Van Gennep (2013) como mecanismos simbólicos que marcam as transições no ciclo vital. Tais mecanismos, segundo o autor, são rituais socialmente instituídos que acompanham toda mudança de estado, posição ou status de um indivíduo ao longo da vida, como nascimento, puberdade, casamento e morte. Ele identificou que esses rituais se estruturam em três momentos, denominados: Ritos de separação, no qual ocorre o rompimento simbólico com o estado anterior - a infância; Ritos de liminaridade, fase intermediária, caracterizada pela ambiguidade e indefinição e Ritos de agregação, onde se percebe a reintegração do indivíduo ao grupo, agora com um novo status social.

Turner (2013) amplia a noção de liminaridade ao destacá-la como um estado de ambiguidade identitária, típico da adolescência, e a *communitas* como a experiência coletiva que sustenta simbolicamente essa transição. A condição

liminar se expressa de forma intensa, ou seja, o sujeito já não é criança, mas ainda não é reconhecido plenamente como adulto. Esse estado pode gerar tanto criatividade e transformação, quanto sofrimento e desorganização, dependendo do grau de apoio simbólico e social oferecido pela comunidade, pontua.

Ainda, associado à liminaridade, Turner (2013) introduz o conceito de *communitas*, que se refere à experiência de igualdade, pertencimento e vínculo coletivo vivenciada por aqueles que compartilham o mesmo processo ritual. Na adolescência, a ausência de ritos coletivos estruturados pode enfraquecer essa experiência de pertencimento, ampliando sentimentos de isolamento ou invisibilidade social.

No Brasil, a ausência de rituais coletivos claros torna a adolescência um período prolongado de liminaridade, frequentemente atravessado por conflitos, inseguranças e tentativas individuais de reconhecimento, ao contrário de diversas sociedades tradicionais, onde a adolescência é marcada por rituais que conferem reconhecimento social à mudança de status do indivíduo (Abramo, 1997; Dayrell, 2003).

Nos povos indígenas por exemplo, os rituais de iniciação incluem isolamento, aprendizado com os anciãos e provas simbólicas, marcando o ingresso na vida adulta e comunitária; nos povos africanos, cerimônias de iniciação envolvem ensinamentos sobre sexualidade, moral, espiritualidade e pertencimento ao grupo; na Tradição judaica o *Bar Mitzvá* e o *Bat Mitzvá* simbolizam a entrada na responsabilidade moral e religiosa e; nas culturas asiáticas tradicionais, rituais de maioridade enfatizam disciplina, honra familiar e compromisso social (Van Gennep, 2011).

Esses rituais oferecem ao jovem um lugar social definido, reduzindo incertezas identitárias e fortalecendo o sentimento de pertencimento. Na sociedade contemporânea ocidental, observa-se um enfraquecimento dos rituais coletivos de passagem. A transição para a vida adulta tornou-se difusa, marcada por critérios instáveis, já mencionados, anteriormente, como escolarização, inserção no mercado de trabalho e autonomia financeira (Bauman, 2021).

Nesse sentido, os ritos de passagem assumem diferentes configurações, tais como: a saída precoce da escola para inserção no trabalho; a assunção de responsabilidades familiares; a participação em grupos religiosos ou culturais; o ingresso em coletivos juvenis ou movimentos sociais. Esses eventos funcionam como marcadores simbólicos de transição, ainda que nem sempre sejam reconhecidos institucionalmente ou acompanhados de rituais coletivos estruturados.

No campo da educação, Abramo (1997) defende que a escola constitui um dos principais espaços institucionais de mediação da adolescência no Brasil. A conclusão do ensino fundamental ou médio pode atuar como rito de passagem simbólico, embora muitas vezes esvaziado de reconhecimento social efetivo. Para adolescentes das classes populares, a evasão escolar e a entrada no mercado de trabalho configuram um rito de passagem marcado pela necessidade econômica e pela responsabilização precoce.

A maioridade legal aos 18 anos, prevista pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (Brasil, 1990), representa um marco jurídico relevante, porém frequentemente dissociado de processos simbólicos que reconheçam a transição subjetiva para a vida adulta, o que pode gerar vulnerabilidades sociais e psíquicas.

Merecem destaque, também as práticas religiosas, elas ocupam lugar central na produção de ritos de passagem no Brasil. Em tradições cristãs, rituais como a crisma ou a profissão de fé sinalizam a passagem para uma condição de maior responsabilidade moral e social. Já nas religiões de matriz africana, como o candomblé, os rituais iniciáticos possuem forte densidade simbólica e coletiva, reorganizando o lugar do adolescente na comunidade (Prandi, 2000).

No âmbito da saúde coletiva, autores apontam que a fragilização dos ritos de passagem pode contribuir para a emergência de comportamentos de risco na adolescência. Minayo (2006) e Ayres et al. (1999) destacam que tais práticas podem ser interpretadas como tentativas de estabelecer limites simbólicos e obter visibilidade social. Políticas públicas como o Sistema Único

de Saúde, a escola seja pública ou privada e os serviços de assistência social podem atuar como espaços de reconhecimento ritualizado, ao promover escuta qualificada, protagonismo juvenil e fortalecimento de vínculos comunitários (Giugliani et al., 2020).

Lembrando que a ausência de marcos simbólicos claros pode intensificar sentimento de insegurança, sofrimento psíquico e comportamentos de risco, levando muitos adolescentes a buscar reconhecimento e pertencimento em experiências limítrofes ou grupos informais (Le Breton, 2009).

Frente ao contexto apresentado, entende-se o ritual como um tipo de linguagem, um modo de dizer as coisas, na medida em que não só incorpora, mas expressa concepções e valores sociais, religiosos, políticos e econômicos importantes para a sociedade que o pratica.

O cuidado coletivo no processo do adolescer

O adolescer, como já visto, não se limita a um fenômeno biológico ou individual. Trata-se de um processo social, histórico e relacional, que ocorre em interação constante com a família, a escola, os pares, os serviços de saúde e o território. No campo da saúde coletiva e das ciências sociais, a adolescência é compreendida como uma construção social que demanda cuidado compartilhado, reconhecimento simbólico e proteção social (Ayres et al., 1999; Dayrell, 2003).

Segundo Dayrell (2003), a adolescência e a juventude só podem ser compreendidas a partir das relações sociais que os sujeitos estabelecem em seus contextos de vida. Assim, o cuidado não pode ser atribuído exclusivamente ao indivíduo ou à família, mas deve ser entendido como uma responsabilidade coletiva, envolvendo múltiplos atores e instituições.

“Os jovens são sujeitos sociais, produtores de cultura e sentidos, e sua trajetória se constrói nas relações que estabelecem nos diferentes espaços sociais”

(Dayrell, 2003, p. 1108). Essa perspectiva desloca o cuidado de uma lógica individualizante para uma abordagem ampliada, própria da saúde coletiva, visto que *“Cuidar não é apenas intervir sobre agravos, mas comprometer-se com os projetos de felicidade dos sujeitos”* (Ayres, 2004, p. 22). Aplicado à adolescência, esse entendimento implica reconhecer que o cuidado coletivo deve apoiar o adolescente na construção de sentido, pertencimento e autonomia, e não apenas na prevenção de comportamentos de risco ou de suas vulnerabilidades.

Sobre a vulnerabilidade, seu conceito é amplamente utilizado na saúde coletiva brasileira e, contribui de forma decisiva para compreender a importância do cuidado coletivo no adolescer. Ayres et al. (1999) destacam que a vulnerabilidade possui dimensões individual, social e programática, o que reforça a necessidade de respostas coletivas e intersetoriais.

Em Brasil (2010), compreende-se que a vulnerabilidade no adolescer é como um processo multidimensional, que ultrapassa a ideia de risco individual e se constrói na intersecção entre condições sociais, institucionais, culturais e subjetivas que atravessam a vida dos adolescentes. O adolescer ocorre em contextos marcados por desigualdades estruturais que ampliam ou reduzem as possibilidades de proteção, cuidado e desenvolvimento saudável. À luz da Saúde Coletiva, ela adota uma perspectiva crítica que rompe com abordagens biologicistas ou moralizantes da adolescência.

A vulnerabilidade não é entendida como atributo do adolescente em si, mas como uma condição produzida socialmente, relacionada ao acesso desigual a direitos, políticas públicas, vínculos afetivos e oportunidades de participação social (Brasil, 2010; Saito, 2014).

Ao analisar a adolescência, violência e saúde, Minayo (2006), ressalta que a fragilização dos vínculos sociais e institucionais intensifica situações de sofrimento juvenil. Para a autora, o cuidado coletivo é fundamental para romper ciclos de exclusão e invisibilidade social. *“A violência que atinge adolescentes e jovens expressa, em grande medida, a falência das redes de proteção social e do cuidado coletivo”* (Minayo, 2006 p. 39).

Nesse pensar, a ausência de cuidado coletivo pode produzir experiências de desamparo, enquanto sua presença fortalece trajetórias mais saudáveis de desenvolvimento.

Ainda na lógica do cuidado coletivo, a família constitui o primeiro espaço desse cuidado, sendo reconhecida como o mais duradouro espaço de socialização, proteção e produção de sentidos sobre o viver e o adoecer. Entretanto, ela não pode ser compreendida como única responsável pelo processo de adolecer. No campo da Saúde Coletiva, a família é entendida não apenas como núcleo privado, mas como instância mediadora entre o sujeito e a sociedade, exercendo papel fundamental na construção de vínculos, valores, práticas de cuidado e acesso a direitos.

Estudos sociológicos e educacionais apontam que a escola, os serviços de saúde e o território exercem papel central na mediação dessa fase da vida (ABRAMO, 1997).

Ayres et al. (2004) reforçam essa perspectiva ao afirmar que o cuidado em saúde se constrói na articulação entre sujeitos, famílias, serviços e políticas públicas. Assim, a família não é apenas destinatária das ações de cuidado, mas coprodutora de práticas de proteção, participando ativamente das decisões e estratégias que envolvem a saúde e o desenvolvimento do adolescente.

No cenário brasileiro, as políticas públicas também reconhecem a centralidade da família no cuidado ao adolescente. Mais uma vez, o Estatuto da Criança e do Adolescente estabelece a família como espaço prioritário de proteção integral, atribuindo ao Estado e à sociedade o dever de apoiá-la no exercício de suas funções (Brasil, 1990).

No âmbito do Sistema Único de Saúde, a Estratégia Saúde da Família reafirma essa compreensão ao promover ações de cuidado territorializadas, que consideram o contexto familiar como eixo estruturante da atenção à saúde (Campos; Melo, 2022), dessa forma, a família é alocada com peça-chave no repensar do paradigma saúde/doença no Brasil, sendo celebrada como diferencial no cuidado em saúde.

Para tanto, compreender a família como constituinte primeira do cuidado coletivo ao adolescente implica reconhecer sua potência, suas fragilidades e sua inserção em contextos sociais mais amplos. O fortalecimento das famílias, por meio de políticas intersetoriais e práticas de cuidado compartilhadas, constitui condição fundamental para a promoção de uma adolescência saudável, digna e protegida.

Abramo (1997), destaca que políticas e práticas que responsabilizam excessivamente as famílias acabam por invisibilizar o papel do Estado e da sociedade na proteção das juventudes. Em defesa, o Estatuto da Criança e do Adolescente reforça essa perspectiva ao afirmar, de maneira explícita, que o cuidado é dever compartilhado: *“É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à educação, ao lazer, à dignidade e à convivência familiar e comunitária”* (BRASIL, 1990, art. 4º).

Esse dispositivo legal consolida o princípio do cuidado coletivo como responsabilidade social, especialmente no período da adolescência, devendo ser concebido como uma prática que ultrapassa a dimensão técnica, incorporando aspectos éticos, políticos e relacionais os contextos de vulnerabilidade, os projetos de vida e as redes de apoio social. Essa abordagem rompe com modelos centrados apenas no risco ou na patologia. De maneira direta, Ayres (2004, p. 22) afirma: *“Cuidar não é apenas intervir sobre agravos, mas comprometer-se com os projetos de felicidade dos sujeitos”*.

Logo, aplicado à adolescência, esse entendimento implica reconhecer que o cuidado coletivo deve apoiar o jovem na construção de sentido, pertencimento e autonomia, e não apenas na prevenção de comportamentos considerados desviantes.

Considerações Finais

Reconhecer a historicidade é fundamental para estudos contemporâneos sobre adolescência, pois permite compreender que as formas de viver, cuidar e regular essa fase da vida variam conforme os contextos culturais, econômicos e políticos. Tal perspectiva contribui para práticas de cuidado mais sensíveis às dimensões sociais e históricas que atravessam o processo de adolecer.

Assim, a criação e o fortalecimento de espaços institucionais e comunitários que reconheçam simbolicamente essa transição são fundamentais para a promoção da saúde, da cidadania e da dignidade das juventudes.

Quanto ao cuidado coletivo, no processo de adolecer, importa reconhecer que a adolescência é uma experiência relacional, atravessada por desigualdades e marcada pela necessidade de pertencimento e reconhecimento social. Logo a importância de fortalecer vínculos, reduzir vulnerabilidades e possibilitar que este tecido social construa sua identidade de forma mais protegida e significativa.

Por fim, reconhece-se que o papel da família, da escola, dos serviços de saúde e educação, do território e das políticas públicas, no cuidado coletivo reafirmando o adolescente como sujeito de direitos, protagonista de sua trajetória e corresponsável, junto à sociedade, pela construção de projetos de vida.

Referências

- Abramo, H. W. (1997). Considerações sobre a tematização social da juventude no Brasil. *Revista Brasileira de Educação*, (29), 25–35.
- Aries, P. (1981). *História social da criança e da família* (2ª ed.). LTC.
- Aristóteles. (2001). *Política*. Martin Claret.
- Ayres, J. R. C. M. (2004). O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*, 13(3), 16–29. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902004000300003>

- Ayres, J. R. C. M., França, I., Calazans, G. J., & Saletti Filho, H. C. (1999). Vulnerabilidade e prevenção em tempos de AIDS. In R. Parker & R. Barbosa (Orgs.), *Sexualidade pelo avesso: direitos, identidades e poder* (pp. 49–72). Editora 34.
- Bauman, Z. (2021). *Identidade: entrevista a Benedetto Vecchi*. Zahar.
- Brasil. (1990). *Estatuto da Criança e do Adolescente* (Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990).
- Brasil. Ministério da Saúde. (2010). *Adolescência e juventude: bases conceituais*. Ministério da Saúde.
- Campos, L. L., & Melo, A. K. (2022). Noção de família(s) na saúde brasileira. *Escola Anna Nery*, 26, e20210197. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0197>
- Dayrell, J. (2003). O jovem como sujeito social. *Revista Brasileira de Educação*, (24), 40–52.
- Dolto, F. (2004). *A causa dos adolescentes*. Ideias & Letras.
- Erikson, E. H. (1976). *Identidade: juventude e crise*. Zahar.
- Foucault, M. (1988). *História da sexualidade: Vol. 1. A vontade de saber*. Graal.
- Giughiani, C., et al. (2020). A escola como espaço de participação social e promoção da cidadania. *Saúde em Debate*, 44(spe1), 64–78. <https://doi.org/10.1590/0103-11042020S105>
- Hall, G. S. (1904). *Adolescence*. Appleton.
- Jaeger, W. (2013). *Paideia: a formação do homem grego*. WMF Martins Fontes.
- Le Breton, D. (2009). *Condutas de risco: dos jogos de morte ao jogo de viver*. Autores Associados.
- Le Goff, J. (2018). *A civilização do Ocidente medieval*. Vozes.
- Minayo, M. C. de S. (2006). *Violência e saúde*. Fiocruz.
- Piaget, J. (2003). *A psicologia da criança*. Bertrand Brasil.
- Prandi, R. (2000). *Mitologia dos orixás*. Companhia das Letras.
- Reis, A. O. A., & Zioni, F. (1993). O lugar do feminino na construção do conceito de adolescência. *Revista de Saúde Pública*, 27(6), 472–477. <https://doi.org/10.1590/S0034-89101993000600009>
- Saito, M. I. (2014). *Adolescência: prevenção e riscos* (3ª ed.). Atheneu.
- Turner, V. (2013). *O processo ritual: estrutura e antiestrutura*. Vozes.
- Van Gennep, A. (2013). *Os ritos de passagem*. Vozes.
- Veyne, P. (2009). *História da vida privada: do Império Romano ao ano mil*. Companhia das Letras.
- Vygotsky, L. S. (2007). *A formação social da mente*. Martins Fontes.



CAPÍTULO 9

SAÚDE DO ADULTO: CUIDADO ÀS DOENÇAS CRÔNICAS E PROMOÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA

Ana Roberta Vilarouca da Silva

Mayla Rosa Guimarães

Tânia Maria Santos Luz

Mayara Macêdo Melo

Maria Sauanna Sany de Moura

Maria Isabelly Sousa Santos

Sobre este capítulo:

As doenças crônicas não transmissíveis concentram a maior carga de adoecimento entre adultos, e é desse cenário que o capítulo parte para discutir, de forma integrada, diabetes, hipertensão, obesidade e síndrome metabólica, suas bases fisiopatológicas, critérios diagnósticos e estratégias terapêuticas atuais. A discussão avança para o cuidado centrado na pessoa, com ênfase em autocuidado, educação em saúde e redução de desigualdades como caminhos para a promoção da qualidade de vida.

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) concentram a maior carga de adoecimento e morte na população adulta, com impacto importante sobre incapacidade, custos em saúde e qualidade de vida. No Brasil, o

enfrentamento das DCNT é estruturado por estratégias nacionais (como o Plano de Ações Estratégicas para DCNT 2021–2030), que enfatizam prevenção de fatores de risco (alimentação inadequada, inatividade física, tabagismo e álcool), detecção precoce e cuidado longitudinal na Atenção Primária à Saúde, articulado à rede de atenção. Nesse contexto, diabetes, hipertensão, obesidade e a síndrome metabólica são condições centrais por sua alta prevalência e por atuarem de forma sinérgica na gênese de eventos cardiovasculares e renais (BRASIL, 2021).

A integração clínica dessas doenças é fundamental: obesidade e adiposidade visceral favorecem resistência à insulina, dislipidemia e inflamação crônica; a hipertensão acelera lesão de órgãos-alvo; e o diabetes aumenta risco de doença cardiovascular aterosclerótica e doença renal crônica, formando um “*continuum* cardiometabólico” que demanda abordagem centrada na pessoa, metas individualizadas e foco em desfechos (eventos cardiovasculares, função renal, funcionalidade e bem-estar). Diretrizes recentes reforçam comunicação clara, cuidado culturalmente sensível, manejo do estigma e ações sustentáveis de mudança de estilo de vida como base para melhoria real da qualidade de vida (ADA, 2026; OMS, 2025).

Nesse contexto, compreender a inter-relação entre diabetes, hipertensão, obesidade e síndrome metabólica sob a perspectiva do *continuum* cardiometabólico torna-se fundamental. A integração dessas condições exige cuidado longitudinal, abordagem multiprofissional e articulação em rede no âmbito do SUS.

Este capítulo tem como objetivo discutir as bases conceituais, classificações atualizadas, critérios diagnósticos e estratégias terapêuticas das principais DCNT no adulto, articulando tais elementos à promoção da qualidade de vida e às diretrizes atuais da Saúde Coletiva. Cada uma das condições discutidas a seguir é apresentada não apenas em seus aspectos fisiopatológicos, mas também em suas interfaces com os determinantes sociais da saúde e com o cuidado longitudinal ofertado na Atenção Primária à Saúde.

Diabetes Mellitus: fisiopatologia, diagnóstico e cuidado centrado na pessoa

O Diabetes Mellitus (DM) é um grupo de distúrbios metabólicos caracterizados por hiperglicemia crônica decorrente de defeitos na secreção de insulina, na ação da insulina ou em ambos. A classificação etiológica adotada amplamente em diretrizes inclui: DM tipo 1 (autoimune ou idiopático), DM tipo 2 (predomínio de resistência à insulina com falência progressiva de células β), diabetes gestacional e outros tipos específicos (como doenças pancreáticas, endocrinopatias, fármacos, formas monogênicas). A compreensão do subtipo é relevante porque orienta o manejo, o prognóstico e a vigilância de complicações (SBD, 2025; ADA, 2026; Sinezio et al., 2024).

O diabetes permanece em expansão global. A *International Diabetes Federation* (IDF) (2025) apresenta estimativas e projeções atualizadas por país e região, ressaltando a carga crescente e a necessidade de políticas de prevenção e acesso ao cuidado. A carga é impulsionada principalmente por DM2, relacionado a envelhecimento, obesidade e sedentarismo. No Brasil, além do aumento da prevalência, persiste parcela relevante de subdiagnóstico e controle inadequado, o que amplia risco de complicações (IDF, 2025).

Estima-se que mais de 400 milhões de pessoas em todo o mundo vivam com diabetes mellitus tipo 2 (DM2), com tendência de crescimento progressivo nas próximas décadas. Esse aumento está fortemente associado à elevação das taxas de obesidade, ao sedentarismo e à adoção de padrões alimentares inadequados, que configuram importantes fatores de risco modificáveis para a doença (World Health Organization, 2023).

Após o diagnóstico, diretrizes recomendam avaliação abrangente: história clínica, perfil de risco cardiovascular, comorbidades (HAS, dislipidemia, apneia do sono, depressão), uso de medicamentos, determinantes sociais, e rastreio de complicações (ex.: albuminúria e eTFG para rim; exame de retina; avaliação neuropática e pés; risco cardiovascular global). A estratificação de risco cardio-

renal orienta intensidade terapêutica e escolha de fármacos com benefícios além da glicemia, especialmente para pessoas com doença cardiovascular estabelecida, insuficiência cardíaca ou doença renal crônica (ADA, 2026; SBD, 2025).

O tratamento do DM2 é baseado em mudança sustentada do estilo de vida (padrões alimentares saudáveis, adequação calórica quando indicado, aumento de fibras, redução de ultraprocessados, atividade física aeróbica e resistida, sono adequado, manejo do estresse, cessação do tabagismo) e educação em diabetes com suporte ao autocuidado. A meta não é apenas “normalizar números”, mas reduzir sintomas, evitar hipoglicemia, prevenir complicações, promover funcionalidade e qualidade de vida. Intervenções estruturadas de perda de peso em pessoas com DM2 e excesso de peso podem melhorar sensivelmente controle glicêmico e reduzir necessidade de medicação (ADA, 2026; SBD, 2025; Barreto & Almeida, 2021).

Diretrizes contemporâneas do cuidado em diabetes consolidam a ideia de que a escolha terapêutica não deve depender apenas da HbA1c, mas também do risco cardiovascular e renal. Metformina permanece opção inicial frequente (salvo contraindicações), mas, em pessoas com doença cardiovascular aterosclerótica, insuficiência cardíaca ou doença renal crônica, recomendam-se classes com benefício comprovado (por exemplo, agonistas de GLP-1 e/ou inibidores de SGLT2, conforme perfil). A intensificação deve ser oportuna, com metas individualizadas e monitoramento para efeitos adversos (hipoglicemia, eventos gastrointestinais, risco geniturinário etc.) (ADA, 2026).

Hipertensão Arterial: diagnóstico, estratificação de risco e cuidados integrados

A Hipertensão Arterial (HA) é uma condição multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial, associada a maior risco de eventos cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, além de lesão de órgãos-

alvo (coração, cérebro, rim e vasculatura). Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) indicam que, ao longo de quatro décadas, houve um crescimento expressivo no número de pessoas vivendo com hipertensão, passando de aproximadamente 594 milhões em 1975 para cerca de 1,13 bilhão em 2015. Destaca-se que cerca de dois terços desses indivíduos residem em países de baixa e média renda, evidenciando a forte influência das desigualdades socioeconômicas na distribuição da doença (OMS, 2025).

Estimativas do estudo *Global Burden of Disease* (GBD) reforçam a magnitude do problema ao apontarem que a hipertensão arterial é responsável por aproximadamente 10,8 milhões de mortes anuais em todo o mundo. Além disso, associa-se a cerca de 235 milhões de anos de vida perdidos ajustados por incapacidade, refletindo não apenas sua elevada letalidade, mas também o impacto significativo na qualidade de vida e na carga global de doenças (Roth *et al.*, 2020).

De acordo com as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (SBC) (2025), o diagnóstico de hipertensão mantém-se estabelecido quando os níveis pressóricos são iguais ou superiores a 140/90 mmHg em medidas realizadas no consultório. O documento reforça, contudo, a importância da aferição padronizada e do uso de métodos complementares, como a Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA) e a Monitorização Residencial da Pressão Arterial (MRPA), a fim de aumentar a acurácia diagnóstica, identificar fenômenos como hipertensão do avental branco e hipertensão mascarada, e aprimorar o acompanhamento terapêutico (SBC, 2025).

O cuidado do adulto hipertenso deve incluir: avaliação de risco cardiovascular global; investigação de lesão de órgão-alvo; pesquisa de causas secundárias quando indicado; e avaliação de comorbidades (diabetes, dislipidemia, obesidade, apneia do sono, doença renal crônica). A estratificação orienta metas de PA, urgência de iniciar medicamentos e necessidade de terapia combinada. Além disso, a OMS destaca a importância de dispositivos validados e acesso confiável a medicamentos essenciais como base para controle em larga escala (SBC, 2025; OMS, 2025).

Medidas de estilo de vida são parte estrutural do tratamento: redução de sódio e ultraprocessados, padrão alimentar saudável, controle de peso, prática regular de atividade física, limitação de álcool, cessação do tabagismo e manejo do estresse. Essas intervenções reduzem pressão arterial e risco cardiovascular, potencializam efeito de medicamentos e promovem ganhos em bem-estar, sono, disposição e funcionalidade, dimensões centrais de qualidade de vida (SBC, 2020; Batista et al., 2022; Ferreira et al., 2023).

Obesidade: diagnóstico, estigma e cuidado longitudinal

A obesidade é reconhecida como doença crônica complexa, resultante de interação entre fatores biológicos, ambientais, comportamentais e sociais. O IMC é amplamente utilizado para classificação (sobrepeso e graus de obesidade), mas abordagens atuais destacam que o risco varia conforme adiposidade visceral, comorbidades e limitações funcionais. Além disso, a literatura e entidades internacionais têm reforçado a necessidade de reduzir estigma e tratar obesidade com a mesma lógica de cuidado longitudinal aplicada a outras DCNT (World Obesity Federation, 2024).

A avaliação diagnóstica deve incluir história ponderal (trajetória de peso), hábitos alimentares, nível de atividade física, sono, saúde mental, uso de medicamentos obesogênicos, sinais de comorbidades (HAS, DM2, apneia do sono, esteatose hepática), além de medidas antropométricas (IMC e circunferência da cintura) e exames laboratoriais conforme risco. A World Obesity Federation ressalta que nenhum país está “no caminho” de deter o avanço da obesidade até 2030, o que reforça a importância do diagnóstico e manejo estruturado no nível da atenção básica e especializada (World Obesity Federation, 2024).

O aumento global de obesidade e sobrepeso é documentado por relatórios internacionais e se associa a maior carga de DM2, hipertensão e doença cardiovascular. No Brasil, relatórios de vigilância (como Vigitel) e

documentos estratégicos nacionais destacam metas para conter o crescimento e chamam atenção para determinantes estruturais: ambiente alimentar, marketing de ultraprocessados, sedentarismo urbano e desigualdades (World Obesity Federation, 2024; BRASIL, 2021; Brasil, 2023).

A intervenção de primeira linha inclui plano alimentar individualizado (com foco em qualidade, saciedade e sustentabilidade), atividade física regular (aeróbica e resistida), redução de comportamento sedentário, sono adequado e manejo de fatores emocionais e ambientais relacionados à alimentação. Metas realistas (por exemplo, redução de 5–10% do peso corporal em muitos casos) já trazem benefícios metabólicos e cardiovasculares, além de melhora funcional e de qualidade de vida. Programas estruturados e acompanhamento longitudinal aumentam manutenção de resultados (World Obesity Federation, 2024).

Quando mudanças de estilo de vida são insuficientes e há critérios clínicos (IMC elevado e/ou comorbidades), diretrizes e consensos internacionais recomendam considerar farmacoterapia como parte de um plano integrado, sempre com monitoramento de eficácia, segurança e adesão. A escolha deve considerar comorbidades (DM2, HAS, risco cardiovascular), efeitos adversos, preferências e acesso. Em casos selecionados, procedimentos cirúrgicos/metabólicos podem ser indicados, com acompanhamento multiprofissional pré e pós-procedimento (World Obesity Federation, 2024).

Síndrome Metabólica: risco cardiometabólico e determinantes sociais

A síndrome metabólica (SM) constitui um importante agravo de natureza multifatorial, caracterizado pela coexistência de alterações metabólicas inter-relacionadas, tais como obesidade central, elevação da pressão arterial, dislipidemia aterogênica e resistência à insulina. Esse conjunto de desordens potencializa de forma expressiva o risco para doenças cardiovasculares (DCV) e

para o desenvolvimento do diabetes mellitus tipo 2 (DM2), configurando-se como relevante marcador clínico de risco cardiometabólico global (Alexandre, 2024).

No contexto brasileiro, evidências apontam tendência crescente de prevalência da SM, particularmente em populações submetidas a condições laborais extenuantes, elevados níveis de estresse, inatividade física e acesso limitado a estratégias de promoção e prevenção em saúde. Esse cenário reflete a influência de determinantes sociais e comportamentais na gênese da síndrome e reforça a necessidade de intervenções integradas voltadas ao enfrentamento dos fatores de risco modificáveis (Alexandre, 2024).

Com o objetivo de harmonizar as diferentes definições previamente existentes, o *Joint Interim Statement* (JIS), publicado em 2009, estabeleceu critérios unificados para o diagnóstico da síndrome metabólica, integrando propostas da International Diabetes Federation (IDF), do NCEP-ATP III e da American Heart Association (AHA)/National Heart, Lung, and Blood Institute (NHLBI). A partir dessa padronização, a síndrome passou a ser definida pela presença de pelo menos três dos seguintes componentes: circunferência abdominal aumentada (ajustada por etnia e região), triglicerídeos ≥ 150 mg/dL ou tratamento específico, HDL-colesterol reduzido (< 40 mg/dL em homens e < 50 mg/dL em mulheres), pressão arterial $\geq 130/85$ mmHg ou uso de anti-hipertensivos, e glicemia de jejum ≥ 100 mg/dL ou tratamento para hiperglicemia (Magalhães, 2018).

A síndrome metabólica permanece como relevante problema de saúde pública, dada sua forte associação com desfechos cardiovasculares e metabólicos adversos. Evidências recentes demonstram que indivíduos com SM apresentam risco aproximadamente 2,5 vezes maior de morte por doenças cardiovasculares e até cinco vezes maior de desenvolver diabetes mellitus tipo 2 quando comparados àqueles sem a síndrome. Além disso, a condição está vinculada ao aumento expressivo da morbimortalidade geral, sobretudo por causas cardiovasculares (Yuan *et al.*, 2023).

Promoção da qualidade de vida e cuidado integrado

A promoção da qualidade de vida no adulto com DCNT exige mais do que prescrever condutas: requer educação em saúde estruturada, suporte ao autocuidado, monitoramento contínuo, tomada de decisão compartilhada e articulação em rede (APS–especialidades–atenção hospitalar). Políticas e planos nacionais reforçam que a redução de desigualdades e a criação de ambientes saudáveis são determinantes para sucesso terapêutico, pois adesão e capacidade de mudança dependem de condições materiais, acesso a alimentos saudáveis, locais seguros para atividade física e suporte social (BRASIL, 2021).

De forma prática, o cuidado integrado para DM, HAS, obesidade e SM pode ser organizado em eixos: (1) rastreio e diagnóstico oportunos; (2) estratificação de risco cardio-renal; (3) plano terapêutico individualizado (metas, preferências, barreiras); (4) mudanças sustentáveis de estilo de vida; (5) farmacoterapia baseada em evidência, com revisão periódica; (6) rastreio de complicações e vacinação; e (7) atenção à saúde mental e ao estigma. Diretrizes recentes em diabetes explicitam o compromisso com linguagem centrada na pessoa e metas individualizadas, reforçando que “controle” deve significar proteção de desfechos e melhora do viver, não apenas números laboratoriais (ADA, 2026; SBD, 2025).

Estratégias de prevenção, autocuidado e qualidade de vida

O cuidado à saúde do adulto, especialmente diante do aumento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), como diabetes mellitus, hipertensão arterial, obesidade, doenças cardiovasculares e câncer, exige uma abordagem integral, contínua e centrada na pessoa. Segundo o Ministério da Saúde (MS), as DCNT são responsáveis pela maior carga de morbimortalidade no Brasil, demandando estratégias articuladas de prevenção, diagnóstico precoce, tratamento oportuno e promoção da qualidade de vida (Brasil, 2023).

A promoção da saúde no adulto deve estar fundamentada nos princípios da Atenção Primária à Saúde (APS), com ênfase na longitudinalidade do cuidado, na coordenação da rede assistencial e no fortalecimento da autonomia do indivíduo. Diretrizes recentes da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD, 2023), da American Diabetes Association (ADA, 2024) e do Ministério da Saúde (2022–2024) reforçam a importância da prevenção baseada em fatores modificáveis e no empoderamento para o autocuidado.

O aumento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), como diabetes, hipertensão e obesidade, configuram um dos maiores desafios contemporâneos para a saúde pública. No Brasil, entre 2006 e 2024, a prevalência de diabetes cresceu 135%, enquanto a de obesidade e hipertensão também apresentou aumento significativo, refletindo mudanças nos padrões de vida e de risco da população adulta. Em resposta, o Ministério da Saúde lançou a estratégia Viva Mais Brasil em 2026, com investimentos que fortalecem a promoção da atividade física, alimentação saudável e ações comunitárias integradas à Atenção Primária à Saúde (APS) para prevenir e controlar as DCNT e melhorar a qualidade de vida dos adultos (Brasil, 2026a).

A promoção da saúde do adulto começa pela redução dos fatores de risco modificáveis. Evidências epidemiológicas indicam que a adoção de hábitos saudáveis, alimentação equilibrada, prática regular de atividade física, cessação do tabagismo, redução do consumo de álcool e manutenção de peso corporal adequado, está associada à menor incidência de eventos cardiovasculares, diabetes tipo 2 e outras DCNT. Esses comportamentos também exercem impacto positivo na saúde mental, no controle do estresse e no bem-estar geral.

A Atenção Primária à Saúde desempenha papel central no enfrentamento das DCNT, atuando não apenas na detecção precoce e no tratamento, mas também como eixo integrador das estratégias de promoção da saúde e de educação em saúde. A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e a Organização Mundial da Saúde (OMS) enfatizam que fortalecer

a APS é essencial para melhorar o acesso a serviços de qualidade, integrar abordagens de prevenção e manejo das DCNT e promover sistemas de saúde centrados nas pessoas e em suas comunidades (OPAS, 2025).

Além disso, ações de rastreamento e acompanhamento contínuo de condições como hipertensão e diabetes são fundamentais para reduzir complicações e mortalidade prematura. Diretrizes internacionais recentes (como as diretrizes de 2025 para manejo da pressão arterial) incorporam um enfoque mais robusto em mudanças de estilo de vida como pilar da prevenção e tratamento, além da individualização de metas terapêuticas de acordo com o risco cardiovascular de cada paciente.

O autocuidado emerge, nesse contexto, como elemento-chave para a promoção da qualidade de vida. Isso implica não só a adesão ao tratamento medicamentoso quando indicado, mas também o engajamento ativo em práticas de monitoramento domiciliar, a busca por informação confiável e a construção de habilidades que permitam ao indivíduo gerir sua condição de saúde no dia a dia. A educação em saúde, oferecida por meio de programas estruturados e pela própria APS, fortalece esse processo de autogestão e autonomia, reforçando a importância de decisões compartilhadas entre profissionais e usuários.

A promoção da qualidade de vida deve ser entendida em sua dimensão integral, considerando aspectos físicos, emocionais e sociais. A inclusão de redes de apoio familiar e comunitário, a atenção à saúde mental e a criação de ambientes que favoreçam escolhas saudáveis contribuem diretamente para a redução do impacto das DCNT sobre a funcionalidade e a participação social dos adultos.

Por fim, a integração de políticas públicas com ações no nível local, como espaços comunitários de prática de atividades físicas, educação nutricional e iniciativas de vigilância em saúde, é fundamental para promover ambientes que apoiem estilos de vida saudáveis e reduzam desigualdades no acesso aos determinantes sociais da saúde. A abordagem integrada entre

políticas, serviços de saúde e participação cidadã é um elemento indispensável para construir um modelo de cuidado que realmente transforme vidas e promova a saúde ao longo do ciclo vital do adulto.

Considerações Finais

O cuidado à saúde do adulto no contexto das DCNT requer abordagem integrada, contínua e centrada na pessoa. Diabetes mellitus, hipertensão arterial, obesidade e síndrome metabólica compartilham bases fisiopatológicas e determinantes sociais que demandam estratégias articuladas de prevenção, diagnóstico precoce e tratamento oportuno.

No âmbito da Saúde Coletiva, o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, a educação em saúde e a promoção de ambientes favoráveis à adoção de comportamentos saudáveis são elementos estruturantes para redução da carga das DCNT. A integração entre políticas públicas, práticas clínicas e participação social constitui condição essencial para melhoria da qualidade de vida e redução das desigualdades em saúde.

Assim, o enfrentamento das doenças crônicas no adulto deve ser compreendido como responsabilidade compartilhada entre indivíduos, profissionais, gestores e sociedade, consolidando um modelo de cuidado que privilegie autonomia, funcionalidade e bem-estar ao longo do ciclo vital.

Referências

- Alexandre, A. R. R. (2024). *A síndrome metabólica: Etiologia e tratamento* (Tese de doutorado).
- American Diabetes Association. (2024). Standards of care in diabetes—2024. *Diabetes Care*, 47(Suppl. 1).
- American Diabetes Association. (2026). *Standards of care in diabetes—2026*. American Diabetes Association.

Barreto, S. M., & Almeida, L. M. (2021). Terapias não farmacológicas no tratamento do diabetes mellitus tipo 2: Estratégias e evidências. *Revista Brasileira de Diabetes*, 22(3), 27–34.

Batista, G. F., Nascimento, A. C. M., Souza, B. F., Tomé, L. S. A., Costa, M. G. O., Dantas, J. M. C., et al. (2022). Main factors influencing treatment adherence for systemic arterial hypertension: An integrative review. *Research, Society and Development*, 11(1), e26311124760.

Brasil. Governo do Brasil. (2026b). *Governo do Brasil lança estratégia Viva Mais Brasil para promover saúde e prevenir doenças crônicas*.

Brasil. Ministério da Saúde. (2021). *Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas e agravos não transmissíveis no Brasil 2021–2030*.

Brasil. Ministério da Saúde. (2023). *Vigitel Brasil 2023: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*.

Brasil. Ministério da Saúde. (2026a, January 28). *Diabetes cresce 135% no Brasil em 18 anos; hipertensão e obesidade também avançam: Saúde lança Viva Mais Brasil com R\$ 340 mi para a promoção da saúde*.

Brasil. Ministério da Saúde. (n.d.). *Cadernos de atenção básica: Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica*.

Ferreira, P. C., et al. (2023). Fatores associados à não adesão terapêutica em pessoas com hipertensão que procuraram assistência por emergência. *Cogitare Enfermagem*, 28, e86141.

International Diabetes Federation. (2025). *IDF diabetes atlas* (11th ed.). International Diabetes Federation.

Magalhães, E. L. G., et al. (2018). *Prevalência de síndrome metabólica e fatores associados em adultos de Viçosa-MG: Um estudo de base populacional* (Tese de doutorado). Universidade Federal de Viçosa.

Malta, D. C., Bernal, R. T. I., Ribeiro, E. G., Moreira, A. D., Felisbino-Mendes, M. S., & Velásquez-Meléndez, G. (2022). Hipertensão arterial e fatores associados: Pesquisa Nacional de Saúde, 2019. *Revista de Saúde Pública*, 56, 122. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056004177>

Organização Mundial da Saúde. (2025). *Hypertension: Fact sheet*. World Health Organization.

Organização Pan-Americana da Saúde & Organização Mundial da Saúde. (2025, October 1). *Autoridades de saúde aprovam plano para prevenir e controlar doenças crônicas não transmissíveis nas Américas*.

Silva, D. V. A., et al. (2024). Prevalência e fatores associados à síndrome metabólica em agentes comunitários de saúde. *Revista APS*, 27. <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2024.v27.43311>

Sociedade Brasileira de Cardiologia. Departamento de Hipertensão Arterial. (2025). Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial – 2025. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*.

Sociedade Brasileira de Diabetes. (2023). *Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2023–2024*. SBD.

Sociedade Brasileira de Diabetes. (2025). *Diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes – edição 2025*. SBD.

Sinezio, P. R., Costa, K. F., Carvalho, F. P., Silva, F. G., Delfino, V. D., & Queiroz, T. A. (2024). Associação entre diabetes mellitus, obesidade e o risco de recorrência e mortalidade do câncer. *Enfermagem em Foco*, 15, e-2024101.

World Obesity Federation. (2024). *World obesity atlas 2024*. World Obesity Federation.

Yuan, H., et al. (2023). Metabolic health and adiposity transitions and risks of type 2 diabetes and cardiovascular diseases: A systematic review and meta-analysis. *Diabetology & Metabolic Syndrome*, 15, 23.



CAPÍTULO 10

SAÚDE DA PESSOA IDOSA: CAPACIDADE FUNCIONAL COMO EIXO DA INTEGRALIDADE NO CUIDADO

Ana Klisse Silva Araújo
Danielle Gomes Pereira de Souza
Maria Laíse de Lima Leal
Wellen Eduarda Alves dos Santos
Laura Maria Feitosa Formiga

Sobre este capítulo:

Envelhecer bem não se mede pela ausência de doenças, mas pela capacidade funcional preservada, e é esse deslocamento conceitual que estrutura o capítulo, do envelhecimento ativo e saudável à integralidade do cuidado na Saúde Coletiva, passando pelos instrumentos de avaliação funcional (Katz, Lawton-Brody, escalas de fragilidade) até os desafios do cuidado domiciliar na transição hospital-domicílio. O texto reafirma a capacidade funcional como eixo organizador da atenção à pessoa idosa, articulando determinantes clínicos, sociais e econômicos do declínio funcional.

O envelhecimento populacional configura-se como uma das mais significativas transformações demográficas em escala global no século XXI, tendo iniciado nos países desenvolvidos e, progressivamente, estendendo-se

às nações em desenvolvimento. Esse fenômeno decorre, fundamentalmente, da redução das taxas de natalidade e mortalidade, associada ao expressivo aumento da expectativa de vida (De Oliveira & Da Silva Leite, 2025). No contexto brasileiro, tal processo ocorre de maneira acelerada, alcançando, em 2024, uma expectativa de vida ao nascer de 76,6 anos, o que representa um incremento de 31,1 anos em relação a 1940 (IBGE, 2025).

O Brasil atravessa uma transição demográfica e epidemiológica caracterizada pelo expressivo crescimento da população idosa e pela reconfiguração do perfil de morbimortalidade, com predomínio das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Essas condições, que incluem hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, doenças cardiovasculares, neoplasias e doenças respiratórias crônicas, constituem a principal causa de morbimortalidade entre os idosos, sendo responsáveis por aproximadamente 80% dos óbitos em indivíduos com 60 anos ou mais no país (Brasil, 2021).

Nesse contexto, observa-se elevada prevalência de multimorbidade, definida pela coexistência de duas ou mais doenças crônicas, que acomete cerca de 50% da população idosa e se associa a desfechos adversos relevantes, como aumento da dependência funcional (Kastner *et al.*, 2019). Tais evidências reforçam a necessidade de compreender de forma aprofundada o impacto das DCNT no processo de envelhecimento, a fim de subsidiar estratégias efetivas de prevenção, promoção da saúde e organização do cuidado integral à pessoa idosa.

Os impactos do envelhecimento extrapolam a ocorrência de doenças isoladas, alcançando diretamente a capacidade funcional (CF) dos indivíduos. A capacidade funcional refere-se à habilidade do idoso em realizar de forma independente as Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD), como alimentar-se, vestir-se e realizar a higiene pessoal, bem como as Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD), que envolvem tarefas mais complexas, como administrar finanças, utilizar meios de transporte e manejar medicamentos. Trata-se de um indicador central de saúde na velhice, por expressar de maneira integrada a interação entre condições clínicas, aspectos físicos, cognitivos, emocionais

e sociais, estando diretamente relacionada à autonomia, à independência e à qualidade de vida (Leal et al., 2020).

Diversos instrumentos foram desenvolvidos para avaliar a CF, destacando-se a escala de Katz, que avalia as Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD), e a escala de Lawton e Brody, voltada às Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD). Além dessas, são amplamente utilizados o Índice de Barthel, o SF-36 e o WHOQOL-OLD para análise da funcionalidade e da qualidade de vida (Helena *et al.*, 2024), bem como a Edmonton Frail Scale e o Tilburg Frailty Indicator para identificação da fragilidade (Gobbens & Uchmanowicz, 2021). A aplicação desses instrumentos permite uma avaliação multidimensional do envelhecimento saudável e um olhar holístico sobre essa população emergente.

A literatura evidencia que o declínio da capacidade funcional está associado a desfechos adversos, como maior risco de hospitalização, institucionalização, fragilidade e mortalidade (Pang et al., 2023). Entre os principais determinantes da perda funcional destacam-se a presença de doenças crônicas, a síndrome da fragilidade, a polifarmácia, o sedentarismo, as condições socioeconômicas desfavoráveis e as barreiras de acesso aos serviços de saúde (Helena *et al.*, 2024). Esses fatores reforçam a necessidade de abordagens ampliadas, que considerem o idoso em sua totalidade, para além do modelo centrado exclusivamente no diagnóstico e tratamento de doenças.

Diante dessa complexidade, a integralidade do cuidado emerge como eixo fundamental na atenção à saúde da pessoa idosa. Enquanto princípio do Sistema Único de Saúde, a integralidade pressupõe a articulação entre ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação, orientadas por um cuidado centrado na pessoa e sustentadas por avaliações multidimensionais (Menezes *et al.*, 2020).

Apesar dos avanços normativos e conceituais, observam-se lacunas importantes na incorporação sistemática da avaliação da capacidade funcional das pessoas com 60 anos ou mais na prática cotidiana dos serviços de saúde,

frequentemente ainda marcada por abordagens biomédicas, fragmentadas e centradas na doença (Monteiro et al., 2023). Tal realidade limita a efetivação de práticas integrais e compromete a identificação precoce de perdas funcionais e de necessidades complexas de cuidado. Diante desse cenário, torna-se fundamental produzir evidências que contribuam para o fortalecimento da integralidade no cuidado ao idoso, tendo a capacidade funcional como eixo organizador da atenção. Nesse sentido, a partir de uma reflexão teórica fundamentada na literatura científica recente, o presente capítulo tem como objetivo discutir a capacidade funcional como eixo organizador das práticas de cuidado integral à pessoa idosa.

Envelhecimento Ativo e Saudável

O envelhecimento ativo e saudável constitui um eixo central para a compreensão do processo de envelhecer, sobretudo diante das profundas transformações demográficas e epidemiológicas observadas nas últimas décadas. O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial entendido como uma das mais expressivas tendências do século XXI, interligada a diferentes fatores, como a queda nos índices de natalidade e mortalidade.

De acordo com o Censo Demográfico de 2022, a população de pessoas idosas residente no Brasil era maior que 32 milhões de pessoas, representando um acréscimo de 56% em relação àquela recenseada em 2010 (IBGE, 2023). No Brasil, estima-se que 30% da população terá 65 anos ou mais até 2050, tanto em razão do avanço tecnológico na área da saúde, quanto na redução das taxas de fecundidade, promovendo um aumento na proporção e expectativa de vida da população idosa (OPAS, 2020).

Longe de ser compreendido apenas como ausência de doenças, o conceito de envelhecimento saudável e ativo envolve a otimização das oportunidades de saúde, participação social, segurança e aprendizagem ao longo

da vida, reconhecendo a velhice como uma etapa marcada por potencialidades, direitos e diversidade de experiências. Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), o envelhecimento saudável é um conceito amplamente promovido, definido como o processo de desenvolver e manter a capacidade funcional que possibilita bem-estar na velhice (OMS, 2015).

Desta feita, compreende-se que o envelhecimento bem-sucedido é vivenciado através do envolvimento com a vida e o bem-estar, da participação social, do alto funcionamento físico e cognitivo, da preservação da capacidade funcional, da ausência de doenças incapacitantes e da manutenção das atividades produtivas. Acredita-se que entender a importância dessas medidas é imperativo para uma efetiva promoção da saúde do idoso (Alexandre et al., 2022).

De acordo com a literatura analisada, refletir sobre envelhecimento ativo implica deslocar o foco exclusivamente biomédico para uma abordagem integral do cuidado. É fundamental reconhecer que o envelhecimento é um processo multifacetado, que envolve aspectos físicos, mentais, emocionais e sociais. Portanto, abordagens holísticas e integradas são essenciais para promover uma saúde abrangente e uma qualidade de vida satisfatória para os idosos (Puglia et al., 2024).

Por isso, é bastante relevante investir em programas de exercícios físicos, promoção da saúde mental, alimentação saudável, prevenção de doenças, acesso a serviços de saúde de qualidade, engajamento social e tecnologia assistiva, as quais são algumas das principais abordagens que podem contribuir para o envelhecimento ativo e saudável e aumento da qualidade de vida da população idosa (Puglia et al., 2024).

Integralidade e Cuidado Ampliado na Saúde Coletiva

A consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) como política pública orientada pelos princípios da universalidade, equidade e integralidade,

exigiu a superação de modelos tradicionais de atenção à saúde, marcados pela fragmentação do cuidado e pela centralidade da lógica médico-hospitalocêntrica. Nesse contexto, a Saúde Coletiva afirma-se como campo comprometido com a transformação das práticas de cuidado, ao integrar dimensões sociais e subjetivas do processo saúde-doença. A Atenção Primária à Saúde (APS) assume, assim, papel estratégico na coordenação do cuidado e na ordenação das redes de atenção (Duarte et al., 2025).

A integralidade e o cuidado ampliado constituem princípios estruturantes da saúde coletiva, orientando práticas e políticas que reconhecem a complexidade dos processos de saúde, adoecimento e cuidado. A integralidade é compreendida pela prestação de serviços que supram as demandas da população no campo da promoção, prevenção, cura, cuidado, reabilitação e cuidados paliativos, ofertadas nos diversos pontos da rede de atenção, independentemente das dificuldades de serviço (Signor et al., 2022).

Essa perspectiva é particularmente relevante na terceira idade, marcada frequentemente pela presença de condições crônicas, multimorbidades e síndromes geriátricas, que exigem continuidade do cuidado e coordenação entre serviços, especialmente no contexto do Sistema Único de Saúde.

O cuidado ampliado, por sua vez, propõe uma ampliação do olhar clínico e das práticas em saúde, reconhecendo a pessoa idosa como sujeito ativo do cuidado, portadora de história, desejos e projetos de vida, centrado no sujeito e comprometido com a superação das desigualdades estruturais que atravessam o processo saúde-doença (Duarte et al., 2025).

No cuidado à pessoa idosa, o cuidado ampliado torna-se essencial para lidar com situações de vulnerabilidade, perdas funcionais, dependência parcial ou total e sofrimento psíquico, frequentemente invisibilizados por abordagens estritamente biomédicas.

Dessa forma, refletir sobre os princípios elencados reafirma o compromisso ético e político da Saúde Coletiva com práticas humanizadas, resolutivas e equitativas. Ao reconhecer a singularidade do envelhecer,

valorizar o protagonismo da pessoa idosa e articular ações no território, esses referenciais contribuem para a construção de um cuidado que promove dignidade, autonomia e inclusão social, fortalecendo o direito de envelhecer com qualidade de vida.

Capacidade Funcional como Eixo Estruturante

Segundo a OMS, a capacidade funcional faz parte de um dos componentes para o envelhecimento saudável, ou seja, que a pessoa idosa tenha autonomia, realize suas atividades diárias participando ativamente da vida em sociedade, dessa forma ressalta-se a importância da capacidade funcional do idoso sendo progressivamente reconhecida como eixo estruturante da atenção à saúde, especialmente diante do acelerado envelhecimento populacional (OMS, 2020).

A capacidade funcional está ligada a múltiplas camadas que sustentam ou fragilizam a autonomia do idoso, refletir sobre seus aspectos e reconhecer que a funcionalidade é resultado da interação entre corpo, ambiente e estrutura social faz-se necessário. Englobando processos biológicos, condições clínicas agudas e crônicas, aspectos nutricionais e socioeconômicos.

Na avaliação da capacidade funcional podem ser utilizados instrumentos e ferramentas, como escalas de atividades básicas e instrumentais da vida diária, testes de desempenho físico e critérios diagnósticos para fragilidade e perda de massa muscular, para mensurar o quanto a pessoa idosa consegue realizar suas atividades diárias. Tal diversidade revela não apenas a pluralidade de dimensões envolvidas na funcionalidade, mas também a necessidade de abordagens integradas. O rastreio de condições clínicas é primordial para estratégias de promoção de um envelhecimento saudável e ativo (Santos et al., 2023).

A capacidade de cuidar de si próprio e gerir suas atividades diárias é um indicativo fundamental de envelhecimento saudável. A associação entre

estado funcional e estado nutricional em idosos que vivem em comunidade é um fator que muito influencia esse envelhecimento saudável. A nutrição adequada emerge, portanto, como elemento estruturante da manutenção da autonomia (da Silva et al., 2024).

O desempenho funcional prévio é um importante marcador prognóstico. Idosos com maior dependência apresentam maior tempo de internação, maior risco de reinternação e piores desfechos clínicos, sugerindo a necessidade de incorporar a avaliação funcional como componente essencial da triagem e do planejamento terapêutico. Dessa forma, a avaliação da capacidade funcional é capaz de fornecer parâmetros para o planejamento da assistência centrada nas necessidades e demandas da pessoa idosa (Souza et al., 2024).

Um fator relevante a ser apontado, o qual amplia o debate para além das dimensões clínicas do idoso, é a associação entre baixa capacidade funcional e pior status socioeconômico. Baixa renda, menor escolaridade e condições precárias de acesso a serviços de saúde são determinantes que potencializam vulnerabilidades e aceleram o declínio funcional. Dessa forma, a capacidade funcional torna-se também um indicador das iniquidades sociais em saúde, trazendo um olhar para oferta de serviços para população idosa socialmente vulnerável (Helena et al., 2024).

Dessa forma, refletir sobre a capacidade funcional é simultaneamente indicador clínico, social e ético do cuidado ao idoso. Ela expressa não apenas o estado de saúde individual, mas também a qualidade das políticas públicas e das condições sociais que sustentam o envelhecimento em uma sociedade.

Desafios do cuidado domiciliar

O cuidado domiciliar do idoso emerge como estratégia fundamental no contexto do envelhecimento populacional, tendo em vista o aumento das DCNT, da fragilidade e das limitações funcionais. O cuidado no domicílio

envolve desafios complexos que atravessam dimensões clínicas, familiares, sociais e estruturais.

No âmbito do SUS, iniciativas como o Serviço de Atenção Domiciliar (AD) representam avanços importantes na busca pela humanização do cuidado e a ampliação da autonomia, promovendo maior qualidade e resolutividade do cuidado (Brasil, 2020). Contudo, o cuidado no domicílio revela um campo complexo de desafios assistenciais, sociais e políticos, que exigem articulação entre diferentes níveis de atenção, setores e gerações.

Refletindo sobre as intervenções para promoção da funcionalidade da pessoa idosa, a transição hospital-domicílio depende de planejamento prévio, comunicação efetiva entre equipes e acompanhamento longitudinal na APS. Entretanto, observa-se fragilidade na continuidade do cuidado, com lacunas na articulação entre atenção terciária e atenção primária. A ausência de planos terapêuticos compartilhados e de estratégias educativas para cuidadores familiares também emerge como um fator que compromete o processo de reabilitação e aumenta o risco de internações recorrentes do idoso, sobrecarregando tanto a família quanto o sistema de saúde (Amorim et al., 2024).

A discussão sobre intergeracionalidade e envelhecimento na interface das políticas públicas amplia a reflexão sobre o envelhecimento, adoecimento e cuidado familiar ao reconhecer que o cuidado domiciliar é atravessado por determinantes sociais, relações familiares e desigualdades estruturais. A intergeracionalidade, quando compreendida como troca solidária e compartilhamento de responsabilidades entre diferentes faixas etárias, pode fortalecer redes de apoio, porém, reafirma-se o debate sobre políticas públicas efetivas na prática que sustentem as famílias cuidadoras sobre apoio e acolhida da população idosa e os desafios do cuidado domiciliar (Lommez et al., 2024).

Considerações Finais

O envelhecimento populacional brasileiro exponencial implica desafios estruturais ao SUS e à Saúde Coletiva, uma vez que exige a superação do modelo biomédico fragmentado com foco em condições agudas, tendo em vista que a população idosa possui demandas crônicas que necessitam de assistência continuada e olhar ampliado. Embasado nisso, ao longo deste capítulo, buscou-se evidenciar que a capacidade funcional deve ser compreendida como eixo estruturante da integralidade no cuidado à pessoa idosa, por traduzir a interação entre condições clínicas, determinantes sociais e contextos de vida.

Ao reconhecer a funcionalidade como indicador central do envelhecimento saudável, o foco é deslocado da assistência para a manutenção da autonomia, da participação social e da qualidade de vida. Tal perspectiva reforça a necessidade de avaliações multidimensionais sistemáticas, incorporadas à prática cotidiana da Atenção Primária à Saúde e aos demais pontos da Rede de Atenção à Saúde. A avaliação da capacidade funcional não se restringe a instrumento técnico, mas constitui ferramenta capaz de orientar decisões clínicas, planejamento terapêutico e organização dos serviços conforme as reais necessidades da pessoa idosa.

Evidenciou-se também que o declínio funcional está relacionado a desigualdades socioeconômicas, fragilidades no acesso aos serviços e lacunas na continuidade do cuidado, especialmente nas transições hospital-domicílio. A análise da literatura mostra, portanto, que a integralidade demanda articulação intersetorial, fortalecimento do cuidado domiciliar, suporte às famílias cuidadoras e consolidação do cuidado multiprofissional para um cuidado ampliado.

Com base no exposto, reitera-se que é necessário afirmar a capacidade funcional como eixo organizador do cuidado, pois significa reafirmar o compromisso da Saúde Coletiva com a equidade e o direito de envelhecer com

qualidade de vida. Investir na preservação e recuperação da funcionalidade é investir em autonomia, cidadania e inclusão social.

Referências

- Alexandre, F. M., de Paula, A. C., da Fonseca-Silva, C. F., de Albuquerque, L. R., de Lima Pastre, T. G. F., de Oliveira, V., & Vagetti, G. C. (2022). Instrumentos de identificação do envelhecimento bem sucedido em pesquisas com idosos ativos: Uma revisão sistemática. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 14(3), 1–14. <https://doi.org/10.32348/1852.4206.v14.n3.29816>
- Amorim, R. F., Pedreira, L. C., Martinez, B. P., Gomes, N. P., Sampaio, R. dos S., & Damasceno, A. G. de J. (2024). Intervenções para a promoção da funcionalidade da pessoa idosa na transição hospital-domicílio: Revisão integrativa. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 27, e230227. <https://doi.org/10.1590/1981-22562024027.230227.pt>
- Brasil. Ministério da Saúde. (2020). *Atenção domiciliar na atenção primária à saúde*. Ministério da Saúde. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_domiciliar_primaria_saude.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. (2021). *Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas e agravos não transmissíveis no Brasil 2021–2030*. Ministério da Saúde. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_enfrentamento_doencas_cronicas_agravos_2021_2030.pdf
- da Silva, G. A., Silva, V. de L., de Medeiros, G. C., Silva, A. L. F., & Moreira, R. da S. (2024). Associação entre estado nutricional e estado funcional de idosos residentes em comunidade: Uma revisão sistemática. *Cadernos Saúde Coletiva*, 32(3), e32030495. <https://doi.org/10.1590/1414-462X202432030495>
- De Oliveira, J. J., & Da Silva Leite, F. S. L. (2025). Desafios e perspectivas da saúde pública frente ao envelhecimento populacional. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, 11(7), 1259–1264. <https://doi.org/10.51891/rease.v11i7.19087>
- Duarte, F. F., Diniz, N. B. S., Gontijo, L. N. D. S., Ferreira, B. R., Muniz, E. dos S. Da S., Gomes, R. R., Da Costa, V. M. B., Morais, C. O. B., Cruz, M. L., & França, T. F. (2025). Networked public health: The essentiality of multiprofessional work in expanded care. *Lumen et Virtus*, 16(49), 7174–7184.
- Gobbens, R. J., & Uchmanowicz, I. (2021). Assessing frailty with the Tilburg Frailty Indicator (TFI): A review of reliability and validity. *Clinical Interventions in Aging*, 16, 863–875. <https://doi.org/10.2147/CIA.S298191>
- Helena, E. T. S., Silvério, A. B. G., Luca, I., Passero, K., Gessele, C., Sousa, C. A., & Markus, M. R. P. (2024). Baixa capacidade funcional está associada a pior status socioeconômico em idosos de estudo populacional no sul do Brasil. *Cadernos Saúde Coletiva*, 32(2), e32020441. <https://doi.org/10.1590/1414-462X202432020441>

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2023). *Censo brasileiro de 2022*. IBGE.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2025). Expectativa de vida chega a 76,6 anos em 2024. *Agência de Notícias IBGE*. <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/45275-expectativa-de-vida-chega-a-76-6-anos-em-2024>

Kastner, M., Hayden, L., Wong, G., Lai, Y., Makarski, J., Treister, V., Chan, J., Lee, J. H., Ivers, N. M., Holroyd-Leduc, J., & Straus, S. E. (2019). Underlying mechanisms of complex interventions addressing the care of older adults with multimorbidity: A realist review. *BMJ Open*, 9(4), e025009. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-025009>

Leal, R. C., Jesus Veras, S. M. de, Souza Silva, M. A. de, Gonçalves, C. F. G., Torres Silva, C. R. D., de Sá, A. K. L., Carvalho, V. P. da S., & da Silva, M. F. B. (2020). Efeitos do envelhecer: Grau de dependência de idosos para as atividades da vida diária / Effects of aging: Degree of dependence of the elderly for activities of daily living. *Brazilian Journal of Development*, 6(7), 53931–53940. <https://doi.org/10.34117/bjdv6n7-876>

Lommez, I., Madeira, J., Horta, N., Celly Souza, M., & Fernandes, M. T. (2024). Intergeracionalidade e envelhecimento na interface das políticas públicas: Revisão integrativa. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, 29(1). <https://doi.org/10.22456/2316-2171.129050>

Menezes, A. P. R., Moretti, B., & Reis, A. A. C. (2020). O futuro do SUS: Impactos das reformas neoliberais na saúde pública – austeridade versus universalidade. *Saúde em Debate*, 43, 58–70. <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S505>

Monteiro, M. C. D., Martins, M. M. F. P. D. S., & Schoeller, S. D. (2023). Consulta interdisciplinar de saúde para pessoas idosas em Portugal: Atenção primária e hospital. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 44, e20220275.

Organização Pan-Americana da Saúde. (2020). *Década do envelhecimento saudável nas Américas (2021–2030)*. <https://www.paho.org/pt/decada-do-envelhecimento-saudavel-nas-americas-2021-2030>

Pang, J., Tu, F., Han, Y., Zhang, E., Zhang, Y., & Zhang, T. (2023). Age-related change in muscle strength, muscle mass, and fat mass between the dominant and non-dominant upper limbs. *Frontiers in Public Health*, 11, 1284959. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1284959>

Puglia, C. C., Coutinho, L. G., Bloch, F. V., Sgarbossa, L., Silva, M. N., Pontes, H. C. F., Costa, V. M., Gonçalves, A. E. de S., Rolim, F. B. B., & Neta, Z. D. R. (2024). Abordagens para o envelhecimento ativo e saúde do idoso. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, 6(4), 1320–1330. <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n4p1320-1330>

Santos, M. E. dos, Fernandes, D. de S., Silva, M. P. de A. e, Matiello, F. de B., Braga, P. G., Cervantes, E. R., & Rodrigues, R. A. P. (2023). Instrumentos utilizados na avaliação da capacidade funcional, fragilidade e sarcopenia em idosos: Revisão integrativa. *Cogitare Enfermagem*, 28, e89719. <https://doi.org/10.1590/ce.v28i0.89719>

Signor, E., Weiller, T. H., Lopes, L. F. D., Gonzales, R. I. C., Antunes, L. I. B., & Kessler, M. (2022). Avaliação da integralidade na atenção primária à saúde de acordo com modelos assistenciais. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 12(e46), 1–16. <https://doi.org/10.5902/2179769267809>

Souza, L. F. de, Santos, E. S. M. dos, Campanharo, C. R. V., Lopes, M. C. B. T., Okuno, M. F. P., Torres, G. de V., Nunes, V. M. de A., & Batista, R. E. A. (2024). Fatores associados à capacidade funcional em pessoas idosas no serviço de emergência. *Acta Paulista de Enfermagem*, 37, eAPE00723. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2024AO000723>

World Health Organization. (2020). *Decade of healthy ageing: Baseline report*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240017900>

World Health Organization. (2015). Active ageing: A policy framework. <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/wp-content/uploads/2014/06/WHO-Active-Ageing-Framework.pdf>

MINI-CURRÍCULO DOS AUTORES

Ana Karla Sousa de Oliveira

Enfermeira. Psicóloga. Doutora em Políticas Públicas (UFPI). Professora da UFPI/CSHNB. Membro do Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva (NUPESC/UFPI). E-mail: anakarla@ufpi.edu.br

Ana Klisse Silva Araújo

Enfermeira. Mestre em Ensino na Saúde (UECE). Enfermeira da Universidade Federal do Piauí - UFPI. Membro do Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva (NUPESC/UFPI). E-mail: anakaraujo33@gmail.com

Ana Roberta Vilarouca da Silva

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora titular da UFPI/CSHNB. Pesquisadora e Líder do Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva (NUPESC/UFPI). Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Programa de Pós-graduação em Saúde da Família (Profsaúde). E-mail: vilarouca@ufpi.edu.br

Antônia Sylca de Jesus Sousa

Doutora em Enfermagem e Pedagoga; Docente do curso de Bacharelado em Enfermagem da UFPI/CSHNB; Membro do Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva (NUPESC/UFPI). E-mail: sylcasousa@ufpi.edu.br

Artemizia Francisca de Sousa

Nutricionista, Doutora em Ciências (FSP/USP), Professora Associada da UFPI/CSHNB, Picos, Piauí, Brasil. Integrante do Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva (NUPESC/UFPI). E-mail: artesousa@ufpi.edu.br.

Bruna Silva de Oliveira Alves

Doutoranda em Enfermagem pela UFPI. Mestre em Enfermagem pela URCA. Bacharel em Enfermagem pela UFPI/CSHNB. E-mail: brunaalves8@hotmail.com

Danielle Gomes Pereira de Souza

Enfermeira - UFPI. Pós graduada em Urgência e Emergência e Saúde do Trabalhador (Faculdade Holística- FAHOL). Enfermeira da Estratégia de Saúde da Família, Secretaria Municipal de Saúde de Pimenteiras - PI. Integrante do Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva (NUPESC/UFPI). E-mail: daniellebenf01@gmail.com

Danila Barros Bezerra Leal Lima

Mestra em Enfermagem. Enfermeira na Estratégia Saúde da Família em Picos-PI. Membro do Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva (NUPESC/UFPI). E-mail: danbbleal@gmail.com

Danilla Michelle Costa e Silva

Nutricionista. Doutora em Ciências (FSP/USP). Professora Adjunta da UFPI/CSHNB, Picos, Piauí, Brasil. Integrante do Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva (NUPESC/UFPI). E-mail: dmcsilva@ufpi.edu.br.

Edina Araújo Rodrigues Oliveira

Enfermeira. Doutora em Nutrição em Saúde Pública. Professora do Magistério Superior (UFPI). Pesquisadora do Núcleo de Pesquisa em Saúde

Coletiva (NUPESC/UFPI) e do Observatório de Epidemiologia e Saúde Pública (Obsesp/UFPI). Docente de Programas de Pós Graduação em Saúde da Família (RENASF e PROFSAÚDE). E-mail: edinaraujo@ufpi.edu.br

Eduardo Araujo Lima

Enfermeiro. Mestrando em Enfermagem (UFPI). Membro do Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva (NUPESC/UFPI). E-mail: eduardo.lima46@ufpi.edu.br

Francisca Tereza de Galiza

Doutora e mestre em Cuidados Clínicos em Saúde e Enfermagem (UECE). Enfermeira pela Universidade Estadual do Ceará. Docente do Curso de Enfermagem/CMPP/UFPI. E-mail: terezagaliza@yahoo.com.br

Gabriel de Alencar Cortez Neto

Acadêmico de Medicina pela UFPI/CSHNB. Integrante do Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva (NUPESC/UFPI). E-mail: XXXXX

Helena Alves de Carvalho Sampaio

Professora emérita da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e em Gestão em Saúde. Líder do grupo de pesquisa Letramento em Saúde, Nutrição e Doenças Crônico-Degenerativas, integrante da International Health Literacy Association (IHLA), da Sociedade Portuguesa de Literacia em Saúde (SPLS) e da Rede Brasileira de Letramento em Saúde (REBRALS). E-mail: dr.hard2@gmail.com

Iolanda Gonçalves de Alencar Figueiredo

Enfermeira. Bióloga. Especialista em Saúde do Adolescente. Doutora em Enfermagem (UFPI). Professora Associada da UFPI/CSHNB. Membro

do Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva (NUPESC/UFPI). E-mail: iolandalencar@ufpi.edu.br

Kélio Moraes dos Reis

Nutricionista. Integrante do Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva (NUPESC/UFPI). E-mail: keliomoraes27@ufpi.edu.br.

Kênio Karley da Silva Oliveira

Nutricionista. Mestre em Saúde da Família pela RENASF/FIOCRUZ/UFPI. Nutricionista da Rede Estadual de Ensino do Piauí (SEDUC) - Oeiras-PI. E-mail: keniokarley2@gmail.com

Laura Maria Feitosa Formiga

Enfermeira e Pedagoga. Doutora em Ciências pela Universidade de São Paulo. Professora Associada do curso de Enfermagem da UFPI/CSHNB. Integrante do Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva (NUPESC/UFPI). E-mail: laurafeitosafarmiga@hotmail.com

Letícia de Jesus da Silva

Discente do curso de Bacharelado em Enfermagem da UFPI/CSHNB. Membro do Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva (NUPESC/UFPI). E-mail: leticia.da@ufpi.edu.br

Luisa Helena de Oliveira Lima

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Pesquisadora do Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva (NUPESC/UFPI) e do Grupo de Inovações e Tecnologias para Educação e Cuidado em Saúde (ITECS/UFPI). Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Programa de Pós-graduação em Saúde da Família (Profsaúde). E-mail: luisa17lima@ufpi.edu.br

Mailson Fontes de Carvalho

Enfermeiro. Doutor em Saúde Pública. Professor do Magistério Superior (UFPI). Pesquisador do Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva (NUPESC/UFPI) e do Núcleo de Estudos em Saúde Pública (NESP/UFPI). Docente do Programa de Pós Graduação em Saúde da Família (Profsaúde/UFPI). E-mail: mailsoncarvalho@ufpi.edu.br

Máisa de Lima Claro

Nutricionista. Doutoranda em Saúde da Família (RENASF). Pesquisadora do Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva (NUPESC/UFPI) e do Observatório de Epidemiologia e Saúde Pública (Obsesp/UFPI). E-mail: maisaclarolima@gmail.com

Maria da Gloria Feitosa Alencar Neta

Graduanda no Curso de Bacharelado em Nutrição da UFPI/CSHNB, Picos, Piauí, Brasil. Integrante do Programa de PET SAÚDE. E-mail: Gloriafeitosa@ufpi.edu.br.

Maria Isabelly Sousa Santos

Acadêmica de Nutrição da Universidade Federal do Piauí (UFPI). Bolsista PIBIC do Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva (NUPESC/UFPI). E-mail: maria.isabelly@ufpi.edu.br

Maria Laíse de Lima Leal

Enfermeira - UFPI. Residência em Enfermagem Obstétrica - UFPI. Pós graduada em Urgência e Emergência e Terapia Intensiva- FACET. Enfermeira Obstetra no Centro de Parto Normal do Hospital Regional Justino Luz, Picos – Piauí. Integrante do Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva (NUPESC/UFPI). E-mail: laiselile@gmail.com

Maria Sauanna Sany de Moura

Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Piauí (UFPI).
Enfermeira lotada no Hospital Regional Justino Luz no Centro de Parto Normal. Orientadora de serviço do PET-Saúde Equidade da UFPI.
E-mail: sany-sany@hotmail.com

Matheus Osvaldo da Silva Luz

Nutricionista, Especialista em Nutrição Materno-Infantil (UnivItória) e Mestrando pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comunidade da Universidade Federal do Piauí (PPGSC/UFPI). E-mail: matheusosvaldo@ufpi.edu.br

Mayara Macêdo Melo

Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí (UFPI). E-mail: mayaratep@gmail.com

Mayla Rosa Guimarães

Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Piauí (UFPI), Docente do Curso de Enfermagem da UFPI. Integrante do Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva (NUPESC/UFPI). E-mail: mayla.guimaraes@ufpi.edu.br

Natália Santos Luz

Nutricionista, Especialista em Saúde Pública (IERSA) e Preceptoria no SUS (Sociedade Beneficente Hospital Sírio Libanês), Nutricionista na Equipe Multiprofissional da Secretaria de Saúde do Município de Santana do Piauí. Integrante do Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva (NUPESC/UFPI). E-mail: natmiguel8@gmail.com.

Rumão Batista Nunes de Carvalho

Enfermeiro. Doutor em Nutrição em Saúde Pública. Professor do Magistério Superior (UFPI). Pesquisador do Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva (NUPESC/UFPI) e do Observatório de Epidemiologia e Saúde Pública (Obsesp/UFPI). E-mail: rumaobatista@ufpi.edu.br

Suyanne Freire de Macêdo

Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva (UECE). Professora associada da Universidade Federal do Piauí. Docente do Profsaúde/UFPI. Integrante do Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva (NUPESC/UFPI). E-mail: suyannefreire@ufpi.edu.br

Tainá Gomes de Brito

Discente do curso de Bacharelado em Enfermagem da UFPI/CSHNB. Membro do Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva (NUPESC/UFPI). E-mail: taina.brito@ufpi.edu.br

Tânia Maria Santos Luz

Enfermeira. Mestranda do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família pela Universidade Federal do Piauí (UFPI). Plantonista do Hospital Regional Justino Luz. E-mail: tanieluz2014@hotmail.com

Thamina Oka Lôbo Paes Landim

Enfermeira da ESF em Floriano, Piauí. Mestre em Saúde da Família (Profsaúde).

Thereza Maria Magalhães Moreira

Enfermeira e Advogada. Professora Associada da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Líder do Grupo de Pesquisa Epidemiologia, Cuidado em Cronicidades e Enfermagem/CNPq. Docente no Programa de

Pós-Graduação em Saúde Coletiva, PPCCLIS e MEPGES. Diretora da FUNCAP. E-mail: thereza.moreira@uece.br

Valéria Lima de Barros

Enfermeira. Especialista em Enfermagem Obstétrica. Doutora em Saúde Coletiva (UNIFOR). Professora da UFPI/CSHNB. Membro do Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva (NUPESC/UFPI). E-mail: valeriabarro@ufpi.edu.br

Wanderson da Silva Nogueira

Discente do curso de Bacharelado em Enfermagem da UFPI/CSHNB. Membro do Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva (NUPESC/UFPI). E-mail: wanderson.nogueira@ufpi.edu.br

Wellen Eduarda Alves dos Santos

Enfermeira pela Universidade Federal do Piauí (UFPI). Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comunidade (PPGSC/UFPI). Integrante do Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva (NUPESC/UFPI). E-mail: enfwellensantos@gmail.com

Publicações Editora Rede Unida

Série:

Rádio-Livros em Defesa do SUS e das Saúdes
Ética em pesquisa
Participação Social e Políticas Públicas
Pensamento Negro Descolonial
Mediações Tecnológicas em Educação e Saúde
Educação Popular & Saúde
Saúde Mental Coletiva
Atenção Básica e Educação na Saúde
Interlocuções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde
Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde
Saúde & Amazônia
Saúde Coletiva e Cooperação Internacional
Vivências em Educação na Saúde
Clássicos da Saúde Coletiva
Cadernos da Saúde Coletiva
Saúde, Ambiente e Interdisciplinaridade
Conhecimento em movimento
Arte Popular, Cultura e Poesia
Economia da Saúde e Desenvolvimento Econômico
Branco Vivo
Saúde em imagens
Outros

Periódicos:

Revista Saúde em Redes
Revista Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia



FAÇA SUA DOAÇÃO E COLABORE

www.redeunida.org.br

