



VOLUME 07

MARIA ANGÉLICA CARVALHO ANDRADE  
FABIANA TURINO  
ELIANE DE FÁTIMA ALMEIDA LIMA  
(org.)

# Cuidado em saúde

Concepções e práticas na contemporaneidade



Esta obra foi selecionada para integrar a “Coleção Pesquisa Ufes II”, a partir de Chamada Pública feita pela Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação (PRPPG) da Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes) aos programas de pós-graduação da universidade.

A seleção teve por base pareceres que consideraram critérios de inovação, relevância e impacto.

O financiamento da Coleção foi viabilizado por meio do Programa de Apoio à Pós-Graduação (Proap) da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) e de recursos do Tesouro Nacional.



**Universidade Federal  
do Espírito Santo**



**Editora Universitária – Edufes**

Filiada à Associação Brasileira  
das Editoras Universitárias (Abeu)

Av. Fernando Ferrari, 514  
Campus de Goiabeiras  
Vitória – ES · Brasil  
CEP 29075-910

+55 (27) 4009-7852  
edufes@ufes.br  
www.edufes.ufes.br

**Reitor**

Eustáquio Vinicius Ribeiro de Castro

**Vice-reitora**

Sonia Lopes Victor

**Chefe de Gabinete**

Ana Paula Santana de Vasconcellos Bittencourt

**Diretor da Edufes**

Wilberth Salgueiro

**Conselho Editorial**

Ananias Francisco Dias Junior, Fátima Maria Silva,  
Gleice Pereira, José André Lourenço, Margarete  
Sacht Góes, Othon Souto Campos, Paulo Rogerio  
Garcez de Moura, Rodrigo de Alvarenga Rosa,  
Rogério Borges de Oliveira, Rosana Suemi  
Tokumaru, Sandra Soares Della Fonte, Sergio  
Lins de Azevedo Vaz, Telma Elita Juliano Valente

**Secretaria do Conselho Editorial**

Douglas Salomão

**Administrativo**

Josias Bravim, Washington Romão dos Santos

**Seção de Edição e Revisão de Textos**

Fernanda Scopel, George Vianna,  
Jussara Rodrigues, Roberta Estefânia Soares

**Seção de Design**

Juliana Braga, Samira Bolonha Gomes

**Seção de Livraria e Comercialização**

Adriani Raimondi, Ana Paula Rubim,  
Dominique Piazzarollo, Marcos de Alarcão,  
Maria Augusta Postinghel

**Produção Cultural**

Déborah Pinto Corrêa



Este trabalho atende às determinações do Repositório Institucional do Sistema Integrado de Bibliotecas da Ufes e está licenciado sob a Licença Creative Commons Atribuição-NãoComercial-SemDerivações 4.0 Internacional.

Para ver uma cópia desta licença, visite <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

#### **Projeto gráfico**

Willi Piske Junior  
Samira Bolonha Gomes

#### **Revisão de texto, diagramação e capa**

AlS Comunicação e Estratégia

Imagem da capa obtida por IA em <https://canva.com>

#### **Supervisão**

Edufes

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
(Editora Universitária – Edufes, ES, Brasil)

C966 Cuidado em saúde [recurso eletrônico]: concepções e práticas na contemporaneidade / Maria Angélica Carvalho Andrade, Fabiana Turino, Eliane de Fátima Almeida Lima (org.) – Dados eletrônicos. – Vitória, ES : Edufes, 2026.  
321 p. : il. ; 2.263 kB. – (Coleção Pesquisa Ufes II; 7)

Inclui bibliografia.

ISBN: 978-85-7772-660-8

Modo de Acesso: <https://repositorio.ufes.br/handle/10/774>

1. Cuidado em saúde. 2. Saúde coletiva. 3. Direitos sociais. I. Andrade, Maria Angélica Carvalho. II. Turino, Fabiana. III. Lima, Eliane de Fátima Almeida. IV. Série.

CDU: 614

Elaborado por Ana Paula de Souza Rubim – CRB-6 ES-000998/O

**MARIA ANGÉLICA CARVALHO ANDRADE  
FABIANA TURINO  
ELIANE DE FÁTIMA ALMEIDA LIMA  
(org.)**

# **Cuidado em saúde**

Concepções e práticas na contemporaneidade

 **EDUFES**

Vitória, 2026

# Sumário

---

<b>Apresentação .....</b>	<b>10</b>
---------------------------	-----------

Parte 1

<b>Cuidado e vida cotidiana .....</b>	<b>18</b>
---------------------------------------	-----------

<b>Hesitação vacinal e a mediação do profissional de saúde nas práticas de cuidado .....</b>	<b>19</b>
--	-----------

*Fabiana Turino • Erika Maria Sampaio Rocha •*

*Maria Angélica Carvalho Andrade*

<b>O aleitamento materno de prematuros em unidade de terapia intensiva neonatal como ferramenta de cuidado e redução de vulnerabilidades .....</b>	<b>45</b>
--	-----------

*Fernanda Có Gomes Tardin • Scheila Defante Peres •*

*Maria Angélica Carvalho Andrade*

<b>Empoderamento das pessoas em situação de rua para promoção do cuidado de si: desafio para saúde coletiva .....</b>	<b>67</b>
---	-----------

*Giselle Lima de Freitas • Heloisa de Carvalho Torres •*

*Alexandra Dias Moreira*

**Funcionalidade e cuidado à saúde da pessoa idosa: uma  
revisão integrativa ..... 79**

*Júlia Fabres do Carmo • Fabíola Fernandes Bersot Magalhães •  
Jandesson Mendes Coqueiro*

**O cuidado às pessoas que vivem com dor crônica:  
apontamentos históricos .....105**

*Fabíola Fernandes Bersot Magalhães • Jandesson Mendes Coqueiro*

**Diálogos entre as intervenções legislativas e os cuidados em saúde às  
mulheres em situação de violência .....123**

*Flavia Borges de Deus • Rita de Cássia Duarte Lima • Dherik Fraga Santos*

Parte 2

**Prática do cuidar ..... 147**

**A ciranda política do cuidado intergeracional: o fenômeno da  
multiplicidade de lares governados por mulheres .....148**

*Ariane Silva Carvalho • Rita de Cássia Duarte Lima •  
Maria Angélica Carvalho Andrade*

**Reflexões sobre o envelhecimento e o processo de cuidar .....160**

*Maria Aparecida Moreira Raposo • Sandra Maria Bissoli •  
Rita de Cássia Duarte Lima*

**A atuação da enfermeira obstétrica no parto humanizado: reflexão  
sobre a implantação das boas práticas .....176**

*Greyce Pollyne Santos Silva Minarini • Eliane de Fátima Almeida Lima •  
Cândida Caniçali Primo*

**Barreiras e facilitadores para a prática do cuidado amigo da mulher: percepção de profissionais que atuam em um hospital de ensino ....189**

*Wânia Ribeiro Trindade • Karine Ribeiro Nunes da Pureza •  
Cândida Caniçali Primo*

**O cuidado na enfermagem e amor mundi: ensaio teórico a partir da perspectiva de Hannah Arendt ..... 211**

*Stephania Mendes Demarchi • Marcelo Eliseu Sipioni •  
Maria Angélica Carvalho Andrade*

Parte 3

**Cuidado integral à saúde .....229**

**Além da sobrevivência: a importância do cuidado integral à saúde física e emocional de crianças refugiadas..... 230**

*Suzana Antônio • Alice Murad Mazzini • Maria Angélica Carvalho Andrade*

**Cuidado em saúde de povos e comunidades tradicionais: confluência, conflitos e convergências do conhecimento ..... 246**

*Camila Lampier Lutzke • Lorryne Cesario Maria •  
Maria Helena Monteiro de Barros Miotto*

**Não andamos só! Mulheres negras da comunidade nos abraçam e nos convidam a giras de cuidado e autocuidado com a saúde ..... 262**

*Heloisa Ivone da Silva de Carvalho • Maria Elizabeth Barros de Barros •  
Ariane Silva Carvalho*

**Cuidado espiritual de enfermagem: análise de conceito ..... 283**

*Priscilla Ferreira e Silva • Márcia de Assunção Ferreira •  
Marcos Antônio Gomes Brandão*

**“Dona das divinas tetas”: a amamentação como modelo ideal de cuidado na construção do mito da mãe perfeita ..... 295**

*Camila Lampier Lutzke • Lorryne Cesario Maria •*

*Maria Helena Monteiro de Barros Miotto*

**Sobre as autoras e os autores ..... 313**

# Apresentação

O livro *Cuidado em saúde: concepções e práticas na contemporaneidade* é fruto de esforços e reflexões dos mestrandos, doutorandos e pesquisadores do Núcleo de Pesquisa em Política, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva (NUPGASC) do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) da Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes) e pesquisadores de diferentes regiões do país, parceiros do nosso programa, com distintas origens, enfoques e tradições metodológicas.

Sabe-se que cuidar uns dos outros, numa sociedade caracterizada pelo individualismo, alta competitividade, culto da imagem, e banalização da dor e sofrimento, tem sido um dos grandes desafios no cotidiano do trabalho em saúde. A discussão, conceituação e operacionalização do Cuidado em Saúde apresentam-se como desafios teóricos e práticos para a Saúde Coletiva, configurando-se como objeto privilegiado de pesquisa. Tanto no campo do conhecimento quanto no âmbito das práticas, esse tema tem sido objeto de esforços no sentido de compreensão da importância do cuidado como direito de cidadania e de formulação de formas de intervenção, a fim de assegurar o direito de ser cuidado e de cuidar. Mas, permanece a questão sobre o que é Cuidado em Saúde na contemporaneidade?

Objeto complexo, alvo de múltiplos olhares, o Cuidado em Saúde é o tema central deste livro, composto por uma ampla e variada possibilidade de investigações sobre as concepções e práticas de cuidar.

Os capítulos trazem um olhar diferenciado sobre as necessidades dos indivíduos ao longo de suas vidas e importantes reflexões sobre a prática do cuidado, no sentido de assegurar políticas e serviços públicos comprometidos com as demandas da população, de desnaturalizar sua concepção de obrigação familiar feminina, de afirmar sua dimensão de direito social e de reconhecer a centralidade da mulher negra na provisão do ato de cuidar. Com o intuito de contemplar a complexidade desse fenômeno social e humano e sistematizarmos o elenco de temas inovadores sobre o Cuidado em Saúde, subdividimos este livro em três partes, com dezesseis textos originais.

A Parte 1, nomeada “Cuidado e vida cotidiana”, ressalta a importância da vida cotidiana na produção do cuidado e demarca um debate coletivo, crítico e dialógico sobre os novos modos de cuidado produzidos na experiência com o outro, resultando na prática do cuidar. Seis textos descrevem e analisam a demanda atual por Cuidado, que vem se complexificando e exigindo, cada vez mais, a atuação de diferentes atores. Nesse cenário, o primeiro capítulo, intitulado “Hesitação vacinal e a mediação do profissional de saúde nas práticas de cuidado”, de autoria de Fabiana Turino, Erika Maria Sampaio Rocha e Maria Angélica Carvalho Andrade, utilizando o referencial teórico sobre o cuidado de si de Michel Foucault, propõe-se a discutir o cuidado do(a) profissional de saúde médico(a) e o impacto na hesitação vacinal. Esse ensaio reflexivo enfatiza essas perspectivas como essenciais para construir estratégias de cuidado que dialoguem com a realidade dos indivíduos. Na sequência, o segundo capítulo, “O aleitamento materno de prematuros em unidade de terapia intensiva neonatal como ferramenta de cuidado e redução de vulnerabilidades”, das autoras Fernanda Có Gomes Tardin, Scheila Defante Peres e Maria Angélica Carvalho Andrade, propõe-se a refletir sobre o contexto da alimentação dos prematuros, a partir de suas vulnerabilidades e das práticas de cuidado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). As autoras destacam a importante relação entre a produção de cuidado e os efeitos e repercussões na vida futura dos

bebês prematuros. O tema do cuidado como um modo de fazer na vida cotidiana segue com o capítulo 3, “Empoderamento das pessoas em situação de rua para promoção do cuidado de si: desafio para a saúde coletiva”, das autoras Gisele Lima de Freitas, Heloisa de Carvalho Torres e Alexandra Dias Moreira, com uma abordagem sobre o empoderamento e a educação popular em saúde, no contexto da população em situação de rua, para a promoção do cuidado de si, na perspectiva de Paulo Freire. Tal abordagem representa uma importante ferramenta para o acesso à informação sobre as boas práticas, serviços de saúde, autonomia, transformação político-social e democratização de políticas públicas. No capítulo 4, “Funcionalidade e cuidado à saúde da pessoa idosa: uma revisão integrativa”, os autores Júlia Fabres do Carmo, Fabíola Fernandes Bersot Magalhães e Jandesson Mendes Coqueiro enfatizam a crescente demanda por cuidado na vida cotidiana ao examinarem o processo de envelhecimento. A partir de uma revisão integrativa da literatura científica, esses autores discutem o conceito de funcionalidade e o modelo de cuidado ao idoso. No capítulo 5, “O cuidado às pessoas que vivem com dor crônica: apontamentos históricos”, os autores Fabíola Fernandes Bersot Magalhães e Jandesson Mendes Coqueiro realizam um ensaio reflexivo que discute aspectos históricos do cuidado às pessoas que vivem com dor crônica. Reconhecida como problema de saúde pública, a dor crônica também tem sido um importante desafio para o cuidado na vida cotidiana. Com esse trabalho, os autores enfatizam a dor como uma experiência subjetiva, que agrega fenômenos psíquicos e socio-culturais, e ampliam o debate sobre as abordagens atuais do cuidado em dor no Sistema Único de Saúde (SUS). Finalizando a primeira parte deste livro, no capítulo 6, “Diálogos entre as intervenções legislativas e os cuidados em saúde às mulheres em situação de violência”, os autores Flavia Borges de Deus, Rita de Cássia Duarte Lima e Dherik Fraga Santos assumem o compromisso ético-político de pensar sobre a responsabilização estatal no processo de construção do cuidado às mulheres em situação de violências. Os autores realizam

uma revisão narrativa da literatura, identificando os eixos das intervenções dos decretos-lei vigentes para o enfrentamento à violência contra a mulher no Espírito Santo.

Na Parte 2 deste livro, nomeada “Prática do cuidar”, reunimos cinco textos de pesquisadores que enfatizam o Cuidar como o Cuidado em ato, cuja origem histórica e cultural está conectada ao feminino e remonta ao espaço doméstico e privado, evoluindo, posteriormente, como profissão para mulheres na área da saúde, em especial a enfermagem, que tem o cuidado como núcleo de sua prática profissional. A prática do cuidar, que vem sendo historicamente exercida no interior das famílias, é destacada no capítulo 7, “A ciranda política do cuidado intergeracional: o fenômeno da multiplicidade de lares governados por mulheres”, onde as autoras Ariane Silva Carvalho, Maria Angélica Carvalho Andrade e Rita de Cássia Duarte Lima refletem sobre o fenômeno em expansão da chefia de domicílios por mulheres, que se constitui uma realidade complexa e multifacetada, resultante de um conjunto progressivo de transformações econômicas, sociais, culturais e comportamentais. Nesse contexto, refletem sobre o suporte de cuidado familiar intergeracional às mulheres na sua dupla participação nas esferas da produção e da reprodução, destacando a gestão do cuidado como uma tarefa feminina. Na sequência, a tarefa de cuidar imputada às mulheres é discutida no capítulo 8, “Reflexões sobre o envelhecimento e o processo de cuidar”, das autoras Maria Aparecida Moreira Raposo, Sandra Maria Bissoli e Rita de Cássia Duarte Lima, que abordam o processo de envelhecimento e a crescente demanda por cuidados. Destaca-se a naturalização da tarefa de cuidar delegada à família, em especial às mulheres, além da desresponsabilização estatal, ocasionando grande sobrecarga e processos adoecedores para a maioria dessas cuidadoras. A seguir, Greyce Pollyne Santos Silva Minarini, Eliane de Fátima Almeida Lima e Cândida Caniçali Primo, no capítulo 9, “A atuação da enfermeira obstétrica no parto humanizado: reflexão sobre a implantação das boas práticas”, apresentam um estudo reflexivo fundamentado nas competências da enfermagem

obstétrica, nas políticas de humanização ao parto e nascimento, e na experiência em uma maternidade de alto risco para refletir sobre o papel da enfermeira obstétrica na promoção do parto humanizado e seguro. Constatou-se, nesse trabalho, o fato de a enfermagem ser a profissão que mais incorporou a prática do cuidar como campo de atuação. A prática do cuidar é abordada também se utilizando de uma pesquisa qualitativa e transversal, no capítulo 10, intitulado “Barreiras e facilitadores para a prática do cuidado amigo da mulher: percepção de profissionais que atuam em um hospital de ensino”. Nessa pesquisa, as autoras Wânia Ribeiro Trindade, Karine Ribeiro Nunes da Pureza e Cândida Caniçali Primo avaliam as barreiras e os facilitadores para a prática do Cuidado Amigo da Mulher na percepção dos profissionais de saúde que atuam em uma maternidade de alto risco de um hospital de ensino. No encerramento da Parte 2 deste livro, apresentamos o capítulo 11, intitulado “O cuidado na enfermagem e *amor mundi*: ensaio teórico a partir da perspectiva de Hannah Arendt”. Nesse ensaio teórico, os autores Stephania Mendes Demarchi, Marcelo Eliseu Sipioni e Maria Angélica Carvalho Andrade apresentam uma abordagem inédita, apropriando-se do conceito de *amor mundi*, de Hannah Arendt, para refletir sobre a aplicabilidade desse conceito e como ele pode ser um preceito de análise ao pensar a prática do cuidado. Ressalta-se que o *amor mundi* pode ser visto como valorização coletiva da vida, o que pode indicar a relevância social do cuidado praticado pelo profissional de enfermagem para a saúde da população.

Compondo a Parte 3, nomeada “Cuidado integral à saúde”, cinco artigos de pesquisas originais trazem importantes reflexões teórico-conceituais sobre o cuidado em saúde numa perspectiva ampliada, discutindo a saúde como uma ação integral, reconhecendo-a como direito, e abordando o respeito às intersecções de gênero, raça e classe social. A dimensão da integralidade em saúde deve permear as práticas de cuidado em saúde. A ação integral, que inclui tratar, respeitar, acolher e atender o ser humano em suas dores e sofrimento, é abordada no capítulo 12, “Além da sobrevivência: a importância do

cuidado integral à saúde física e emocional de crianças refugiadas”. Nesse texto, as autoras Suzana Antônio, Alice Murad Mazzini e Maria Angélica Carvalho Andrade, a partir de uma revisão integrativa de literatura, analisam o cuidado integral relacionado à saúde física e emocional de crianças e adolescentes refugiados no Brasil e no restante do mundo, detalhando a complexidade envolvida no desafio de pensar o direito à saúde, respeitando as diferenças dos sujeitos, com relação à etnia, gênero e raça. Na sequência, a compreensão de saúde como o direito de ser é abordada no capítulo 13, “Cuidado em saúde de povos e comunidades tradicionais: confluência, conflitos e convergências do conhecimento”, onde as autoras Camila Lampier Lutzke, Lorryne Cesario Maria e Maria Helena Monteiro de Barros Miotto refletem sobre o cuidado em saúde para povos e comunidades tradicionais do Brasil, destacando a integração e conflitos entre os saberes ancestrais e a ciência moderna. Abordam as especificidades culturais, sociais e geográficas dessas populações, as dificuldades de pesquisa e comunicação, e defendem um modelo de saúde que respeite e articule diferentes abordagens clínicas no cuidado à saúde. Compreendendo o cuidado como acolhimento implicado com a escuta do sujeito, o respeito pelo seu sofrimento e sua história de vida, o capítulo 14, intitulado “Não andamos só! Mulheres negras da comunidade nos abraçam e nos convidam a giras de cuidado e autocuidado com a saúde”, de autoria de Heloisa Ivone da Silva de Carvalho, Maria Elizabeth Barros de Barros e Ariane Silva Carvalho, por meio de uma pesquisa que aposta nas escrevivências, investiga as tecnologias de cuidado e autocuidado presentes nas vidas de mulheres negras. Os resultados evidenciam o cuidado negro exercido por essas mulheres num trânsito entre o mundo e o pertencimento racial: curas nas escolas de samba, curas nas trocas de experiências entre mulheres que vivenciam a mesma doença, curas nas acolhidas quando estão doentes por seus familiares e vizinhas, curas nos chás de plantas e ervas medicinais repassadas pelas suas ancestrais. Há um legado das mulheres negras na saúde. São memórias e histórias invisibilizadas. Existe uma gira de autocuidado

na comunidade negra. Partindo do pressuposto de que o cuidar em saúde é uma atitude interativa que inclui o envolvimento e o relacionamento entre usuários, profissionais e instituições, e entendendo a importância da espiritualidade na saúde integral ou holística como uma demanda profissional para o cuidado em saúde, com o capítulo 15, “Cuidado espiritual de enfermagem: análise de conceito”, os autores Priscilla Ferreira e Silva, Márcia de Assunção Ferreira e Marcos Antonio Gomes Brandão propõem-se a refletir sobre o conceito de cuidado espiritual de enfermagem, considerado essencial para a realização do cuidado que visa o bem-estar, a manutenção e a recuperação da saúde humana, seja individual, seja coletiva, tendo relação com a experiência e com o uso terapêutico de si no processo de cuidar. A Parte 3 se encerra com o capítulo 16, “Dona das divinas tetas: a amamentação como modelo ideal de cuidado na construção do mito da mãe perfeita”, onde as autoras Camila Lampier Lutzke, Lorryne Cesario Maria e Maria Helena Monteiro de Barros Miotto enfatizam a noção de cuidado integral, que, no cenário das práticas em saúde, permite inserir o acolhimento, os vínculos de intersubjetividade e a escuta das dores e sofrimentos das pessoas. As autoras oferecem uma reflexão conceitual sobre o papel da amamentação na perpetuação do mito da mãe perfeita, paralelo ao impacto dessa idealização sobre o aleitamento e o cuidado materno. Além disso, analisam como essa construção social estabelece expectativas irreais, reforça a culpa materna e acentua desigualdades, discutindo sobre pressões culturais que romantizam a maternidade enquanto ignoram as barreiras sociais enfrentadas por mulheres.

Com a publicação desta obra coletiva, esperamos colaborar para as reflexões sobre as novas concepções e práticas do Cuidado em Saúde. Reiteramos o nosso desejo de abrir novos diálogos no campo do conhecimento, saberes e práticas da Saúde Coletiva e contribuir na atualização de um debate cujo enfrentamento nos parece imprescindível para operacionalizar transformações na vida de indivíduos e populações, aprimorar o SUS e garantir os direitos dos cidadãos brasileiros.

Agradecemos a todos que colaboraram nesta tarefa delicada, longa e exigente, que é a editoração científica. Em especial, somos gratas aos autores pela confiança e generosidade em nos confiar seus textos.

As organizadoras

Parte 1

---

# **Cuidado e vida cotidiana**

# Hesitação vacinal e a mediação do profissional de saúde nas práticas de cuidado

*Fabiana Turino • Erika Maria Sampaio Rocha •  
Maria Angélica Carvalho Andrade*

As evidências dos impactos positivos das vacinas na promoção de saúde pública são inquestionáveis e ganham relevância em um mundo cada vez mais conectado, com fluxos cada vez mais rápidos e intensos de pessoas e de mercadorias. Os programas nacionais de imunização, além de redução ou erradicação de doenças transmissíveis, contribuem para melhoria da qualidade de vida e favorecem a equidade social, uma vez que priorizam populações de risco (ANDRUS, 2020).

No contexto brasileiro, o Programa Nacional de Imunizações (PNI), criado em 1973, é um dos maiores programas de saúde pública do mundo e é reconhecido internacionalmente por sua abrangência e eficácia, sendo responsável pela erradicação de doenças como a poliomielite e pela drástica redução de casos de sarampo e rubéola (SATO, 2018). Atualmente, o Brasil é um dos países que oferecem o maior

número de vacinas, de forma gratuita, com 15 vacinas para crianças, nove para os adolescentes e cinco para os adultos e idosos. Nesse contexto, o PNI vem se consolidando como uma das principais e mais relevantes intervenções em saúde pública, com a conquista de resultados importantes, como a certificação de área livre da circulação do poliovírus selvagem, a eliminação da circulação do vírus da rubéola e pelo importante impacto na redução dos casos e mortes pelas doenças imunopreveníveis (DOMINGUES *et al.*, 2020).

O Brasil vive um cenário em que aumenta a parcela da população sem vacinação adequada, criando o risco de ressurgimento de doenças graves já controladas ou eliminadas na população (DOMINGUES *et al.*, 2020). Nesse cenário de desafios importantes que ameaçam os esforços de imunização, a principal referência em imunização da Organização Mundial de Saúde (OMS), o Grupo Consultivo Estratégico de Peritos em Vacinação (*Strategy Advisory Group Experts on Immunization – SAGE*), atuante desde 1999, vem emitindo alertas relativos à queda das coberturas vacinais desde a década passada. As reduções nas coberturas vacinais constituem um dos maiores desafios para a saúde pública global. Os motivos da baixa ou não adesão vacinal tem ganhado expressão e apelo, em especial, a partir da pandemia de covid-19.

A hesitação vacinal, definida como o atraso ou a recusa da vacinação apesar da disponibilidade de serviços e insumos, é um dos principais fatores relacionados às quedas destes indicadores. Trata-se de um fenômeno que tem sido analisado a partir de comportamento inquietante, complexo e multifacetado que sofre grandes variações ao longo do tempo, do contexto local e do tipo de vacina (MACDONALD, SAGE, 2015; OMS, 2020; 2023).

A pandemia de covid-19 tornou este cenário ainda mais perturbador, pois apesar da percepção da importância das vacinas no controle de doenças, um debate público em proporções nunca visto e contaminado por informações imprecisas ocasionou demora na vacinação colocando em risco a saúde de toda a população. Especificamente

com relação à vacinação contra a covid-19, somente após a OMS e as autoridades nacionais assumirem a responsabilidade pela qualidade das informações, é que foram atingidas taxas de vacinação capazes de conter a mortalidade alarmante. Esta é mais uma das evidências da relação entre informação e hesitação vacinal com grandes impactos e riscos sobre a saúde global (SILVA *et al.*, 2024; THE LANCET, 2025).

Em cenários pandêmicos é crucial a qualidade das informações que chegam à população, pelo potencial impacto sobre os comportamentos adotados. Nestes casos as autoridades científicas e governamentais constituem grupos de trabalho responsáveis por elaborar e veicular as chamadas comunicações de risco. No exemplo recente da pandemia pela covid-19 a OMS estruturava as comunicações de risco que eram adaptadas às realidades de cada país pelas autoridades locais. No entanto, estas informações oficiais chegavam à população mescladas com uma imensa quantidade de conteúdos distorcidos ou incompletos, dificultando a comunicação de qualidade e delegando ao indivíduo a responsabilidade da validação dos conteúdos recebidos (SILVA *et al.*, 2024). Tal responsabilidade de validar informações decisivas para a própria proteção torna-se angustiante e cruel, especialmente para pessoas mais vulneráveis e com menor escolaridade.

Essa relação intrínseca entre desinformação e hesitação vacinal ganhou contornos expressivos na pandemia de covid-19. Neste cenário, a OMS (2018 e 2019) cunhou o termo “infodemia” para caracterizar o excesso de informações de fontes diversas, em um curto período de tempo, em meios digitais e físicos muitas vezes divergentes, gerando insegurança e desafiando a ampliação das coberturas vacinais. Questões como a segurança das vacinas; a percepção acerca da gravidade das doenças; a desconfiança nas autoridades de saúde e o sistema de difusão de informações não-certificadas ou não-verdadeiras configurou um cenário caótico e sombrio para o controle da pandemia de covid-19 (ZAROCOSTAS, 2020; SILVA *et al.*, 2023).

Segundo Sato (2018), a hesitação vacinal é um fenômeno multifatorial, envolvendo questões culturais, sociais e o impacto da

desinformação. A autora ressalta que, além do medo de eventos adversos, fatores como a fragilidade do vínculo com os profissionais de saúde, a desconfiança nas instituições públicas e a disseminação de notícias falsas sobre imunizantes têm contribuído para a queda nas coberturas vacinais no Brasil.

Nesse contexto, torna-se evidente a centralidade e a importância do papel dos profissionais de saúde no contexto de hesitação vacinal. A imposição de discursos centrados no poder biomédico, sem considerar as subjetividades e as evidências científicas, têm gerado resistências. Nesse sentido, o cuidado demanda uma prática humanizada e individualizada que integre a informação baseada em evidências, e também o acolhimento das percepções e medos individuais. Essa prática dialoga diretamente com o conceito de cuidado de si, formulado por Michel Foucault (1984; 2004; 2009a), que valoriza a autonomia e as escolhas informadas em relação à saúde.

Ao mesmo tempo, o cuidado de si não está desvinculado do cuidado do outro e do cuidado coletivo (FOUCAULT, 2010). O profissional de saúde deve atuar como um mediador essencial nessa dinâmica, buscando aproximar os pacientes da compreensão de que a imunização é, ao mesmo tempo, uma escolha pessoal e um compromisso social. Estratégias baseadas na escuta ativa e na construção de diálogos são fundamentais para ressignificar o medo e a falta de confiança nas vacinas e suas implicações.

Nesse cenário, propõe-se um ensaio teórico crítico para refletir sobre a relação entre a hesitação vacinal, a desordem informacional e a prática do cuidado na perspectiva do profissional de saúde, utilizando o referencial teórico de cuidado de si de Michel Foucault.

## **Hesitação vacinal e a desordem informacional**

O receio, seja ele de que tipo for, em receber algum imunizante injetável não é um fenômeno exclusivo do século XXI ou que tenha surgido

durante a pandemia de covid-19. Desde os primórdios da introdução da vacina contra a varíola, resistências foram observadas. Motivos como desconfiança em relação às autoridades, questões religiosas ou mesmo percepções acerca de intervenções no corpo, considerado como um espaço inviolável, têm sido reconhecidos como causas da hesitação vacinal (DURBACH, 2005; PERETTI-WATEL *et al.*, 2015).

Historicamente, grupos ou movimentos antivacinais surgiram em diferentes contextos sociais e culturais, refletindo tensões entre o avanço científico e as percepções e crenças individuais. Em alguns momentos, o aspecto da proteção conferida pela vacina ganhou mais destaque, não significando que a resistência tenha desaparecido. Prova disso, foram os alertas emitidos pela OMS de redução das coberturas vacinais desde o início da década passada (MACDONALD; SAGE, 2015). A própria OMS afirma que a redução dos indicadores é um dos principais desafios para a saúde pública global para as próximas décadas (OMS, 2020).

Um exemplo para entender a hesitação vacinal contemporânea é o falso estudo realizado pelo médico Dr. Andrew Wakefield e seus colaboradores, em 1998, publicado no periódico inglês *The Lancet*. Eles associaram equivocadamente a vacina tríplice viral à incidência de autismo (DUBÉ; VIVION; MACDONALD; 2015; COUTO; BARBIERI; MATOS, 2021). Mesmo depois de ter sido desmentido, o artigo fraudulento ainda segue ganhando admiradores na Internet e impactando negativamente as campanhas de vacinação.

No Brasil, o primeiro movimento de resistência contra os imunizantes foi a “Revolta da Vacina”, que tomou conta das ruas do Rio de Janeiro, então capital do país, em 1904 (DANDARA, 2005). Após esforços coletivos da administração pública, das entidades sanitárias e da sociedade como um todo, seguiu-se uma fase de valorização da imunização como estratégia preventiva.

O ano de 1973 marca a criação do Programa Nacional de Imunização (PNI), culminando com a valorização da dinâmica vacinal e os seus impactos positivos na erradicação de várias doenças. O PNI

trouxe reconhecimento internacional com a coordenação de campanhas, cooperação técnica e doação de vacinas para diversos países (DOMINGUES *et al.*, 2020; ANDRUS, 2020).

Apesar de todos esses avanços, a partir de 2014 foi identificada uma dificuldade no alcance de metas de coberturas vacinais. Inicialmente, destaca-se a baixa cobertura para a vacina contra o HPV (sigla em inglês para Papilomavírus Humano) (SALLES, 2019), dificuldade que se estendeu para diversas outras vacinas, a partir de 2016. Destaca-se a redução na imunização contra o sarampo, com epidemias em Roraima e no Amazonas, e a perda do certificado de erradicação do vírus em 2018 (DOMINGUES *et al.*, 2020; SATO, 2018).

Ao fenômeno da redução nas coberturas vacinais soma-se um novo desafio para a prevenção de doenças nos dias atuais. Trata-se da superabundância informativa por meio das plataformas digitais que dificultam a identificação de fontes confiáveis (OPAS, 2020; ZARACOSTA, 2020). Esse cenário também comprometeu e ainda compromete a confiança na ciência e nas evidências científicas. Estudos mostram que quanto maior a confiança na ciência, menor é a probabilidade de hesitação. Por outro lado, indivíduos que confiam mais nas mídias sociais tendem a ser mais hesitantes em relação à vacinação. Esses efeitos foram especialmente evidentes em grupos como adultos mais velhos, pessoas com dificuldades financeiras e desempregados (VINCENZO; SOPHIE; ANSGAR, 2023). Isso coloca como central a questão da desordem informacional, caracterizada por disputas de narrativas e dispersão de informações falsas ou enganosas, especialmente em ambientes digitais (MASSARANI *et al.*, 2021; WARDLE; DERAKHSHAN, 2023).

A pandemia de covid-19 ampliou ainda mais o quadro de desordem da informação. Foi notória em todo o mundo a dificuldade em explicar a importância das vacinas contra a doença; em convencer sobre a velocidade no desenvolvimento das vacinas a partir de uma nova tecnologia de mRNA (ácido ribonucleico mensageiro) (NGUYEN *et al.*, 2021; LEONG *et al.*, 2022). No contexto da

pandemia, associada à hiperconectividade, a hesitação vacinal tornou-se um fenômeno ainda mais intenso, comprometendo os programas de imunização e a proteção contra doenças transmissíveis, representando uma ameaça significativa para a saúde pública (SATO, 2018; MASSARANI *et al.*, 2021).

As mudanças rápidas na forma como as pessoas acessam as informações têm relação direta com esse fenômeno da desordem da informação. Se nos anos 1990, a maioria da população consumia notícias por meio das grandes redes, com centralidade para a televisão, atualmente há uma transformação, sendo as mídias sociais o dispositivo mais utilizado para o consumo das informações. O amplo acesso à internet no Brasil pode ser evidenciado pelos dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Em 2023, 92,5% dos domicílios (72,5 milhões de casas), utilizaram a internet no país. Desse montante, 98,8% acessaram utilizando a rede móvel celular. Isso mostra que os domicílios brasileiros estão hiperconectados através de aparelhos smartphones (IBGE, 2024). E é esse equipamento que facilita a interação e disseminação de informações com mais agilidade, a partir da palma da mão. Destaca-se que em 2018 mais de 80% dos brasileiros se informam majoritariamente, através das redes sociais (DATASENADO, 2018).

O problema é que não se obtém realmente informações pela rede social e sim, se é direcionado para um tipo de informação por algum algoritmo. Ou seja, vive-se na bolha tendenciosa das redes sociais, num processo de escravidão digital do pensamento, com acesso a todas as informações indiscriminadamente (PARISER, 2012). Os algoritmos das redes sociais podem moldar os conteúdos, influenciando nossa percepção de mundo e o controle das nossas decisões (LEMONS, 2021; MASSARANI *et al.*, 2021).

Nesse cenário, o ambiente digital impulsiona o compartilhamento de informações, sejam elas de fontes legítimas, mas também de origem duvidosa ou que possam causar pânico, especialmente por conta do aspecto emocional contido nas mensagens que circulam nas

redes sociais (MASSARANI *et al.*, 2021). Isso potencializa a criação de um ambiente de desconfiança na ciência e nos sistemas de saúde, reforçando a desordem informacional e levando muitas pessoas a questionarem a segurança e a eficácia das vacinas. Dessa forma, é premente a necessidade de alternativas comunicacionais eficazes que minimizem a desinformação e promovam um maior conhecimento digital da população, visando estratégias que prezem “pela construção de uma consciência da cidadania através do viés educacional de base racional e científica” (VILLELA; ZANUZZI; MENDES, 2023, p. 254).

A hesitação vacinal está intimamente relacionada à desordem informacional. Segundo Wardle e Derakhshan (2023), a desordem informacional engloba desinformação (informações falsas criadas intencionalmente para enganar), má-informação (conteúdo verdadeiro, mas compartilhado de maneira tendenciosa) e informação incorreta (erro não intencional). No Brasil, pesquisas indicam que a disseminação de desinformação – popularmente conhecida como *fake news* – sobre vacinas impactam negativamente a adesão às campanhas de imunização (MASSARANI *et al.*, 2021).

Segundo a OMS, os fatores que determinam maior ou menor percentual de hesitação vacinal depende de um conjunto complexo de razões que variam conforme o contexto, sofrendo influências sociais, culturais, econômicas e políticas (OMS, 2023). A entidade resume os motivos da hesitação vacinal nos três “C”: a “confiança”, que envolve questões como eficácia e segurança na vacina; a “complacência”, que está ligada ao sucesso das campanhas anteriores e a sensação de que as doenças não existem mais; e a “conveniência”, que diz respeito à disponibilidade da vacina de forma acessível à população (MACDONALD; SAGE, 2015). Razai e colaboradores propuseram um conjunto de mais dois determinantes: “comunicação”, diz respeito às fontes de informação, e “contexto”, compreendem as características sociodemográficas (RAZAI *et al.*, 2021). Os estudos também consideram que a hesitação vacinal não deve ser vista como uma postura estática, e sim como um processo dinâmico, influenciado por

novas informações, mudanças nas políticas de saúde e experiências pessoais (SARA, 2023).

As plataformas digitais introduzem novos mecanismos para disseminação e interação entre as pessoas, permitindo que os usuários compartilhem e promovam notícias de acordo com sua vontade, o que pode ser simultaneamente benéfico e perigoso (MASSARANI *et al.*, 2021). Lima *et al.* (2023), em estudo a partir de grupos antivacina na plataforma Telegram, identificaram cinco padrões que caracterizam a disseminação de desinformação vacinal. São eles: 1) Protetivo: induzir as pessoas a se protegerem contra “reações adversas”, “efeito colaterais”, “eventos adversos” provocados pelo ato de “tomar” uma “vacina experimental”; 2) Imunológico: narrativa centrada na ideia de que há uma perda das defesas imunológicas quando se é vacinado; 3) Falsa utilidade: apelo emocional para que pais se desobriguem em vacinar suas crianças e jovens, correlacionando a imunização ao desenvolvimento de doenças graves; 4) Medicalizante: argumento de autoridade, profissional de saúde, para legitimar afirmações falsas ou pouco acuradas e 5) Conspiracionista: teorias baseadas na ideia de que corporações mundiais querem reduzir a população ou aplicar políticas eugenistas (LIMA *et al.*, 2023).

Outras pesquisas que monitoraram o compartilhamento de informações sobre saúde nas redes sociais durante a pandemia de covid-19, identificaram as principais narrativas que circularam nas redes sociais sobre vacinas contra essa doença. Uma delas destacou que os imunizantes eram experimentais e não tinham comprovação científica. Outras afirmaram que vacinas causavam doenças, como câncer, AIDS ou diabetes, e modificações no DNA ou que adicionavam um chip no corpo. Também destacaram que vacinas poderiam ser consideradas uma arma para dominação mundial, redução e controle populacional, por grandes agentes financeiros e pela indústria farmacêutica. Os estudos concluíram que as narrativas utilizavam padrões do discurso médico para influenciar a classe profissional e a população (ICEPI, 2022).

A importância do reconhecimento desse fenômeno da circulação de informações enganosas nas plataformas digitais é essencial para o Brasil. A Organização para a Cooperação e Desenvolvimento e Econômico (OCDE) realizou uma pesquisa (Truth Quest) que avaliou a capacidade das pessoas em reconhecer *fake news*, sendo o Brasil o último classificado entre 26 países. Agrava esse resultado, o fato do Brasil ter sido apontado, na mesma pesquisa, como o país em que as pessoas mais consumiram redes sociais (OCDE, 2024).

O movimento antivacina encontrou no Brasil um campo fértil no período da pandemia de covid-19. Durante o período de isolamento social, houve uma explosão do uso da internet. Com isso, muitos profissionais de saúde se aproveitaram e passaram a compartilhar conteúdos nas plataformas digitais, ganhando notoriedade e adquirindo status de influenciadores digitais. Alguns desses profissionais eram médicos que passaram a difundir informações sem bases científicas, muitas vezes colocando em dúvida a eficácia, eficiência e segurança das vacinas, em especial contra a covid-19 (KFOURI; LEVI, 2020; SBP, 2023).

Por outro lado, foram também voluntariosos na defesa de tratamentos alternativos, conhecidos como “tratamento precoce”. Emblemática foi a orientação, por profissionais médicos, para o uso de medicamentos como a cloroquina ou hidroxicloroquina, fundamentados em teorias pseudocientíficas (FALAVIGNA *et al.*, 2020; ARAÚJO; OLIVEIRA, 2020). Considerando a credibilidade do discurso do profissional médico na sociedade, esses influenciadores disseminaram, de forma sistemática, desinformação sobre as vacinas contra covid-19, incitando o ódio e promovendo atitudes negacionistas em relação à ciência (SBP, 2023).

## O profissional de saúde e a prática do cuidado de si

No modelo de atenção à saúde adotado pelo Brasil, o cuidado em saúde deve ser compreendido como um direito universal, alcançado por meio de abordagem integral, equânime, que considera as dimensões subjetivas, socioculturais de indivíduos e coletividades e valoriza a autonomia das pessoas mediante escolhas informadas. Assim, o profissional de saúde tem papel estratégico em todas as medidas de promoção e prevenção em saúde, não por meio da imposição, mas através da construção de um vínculo terapêutico (BRASIL, 2017).

Nas relações entre profissionais de saúde e usuários, especialmente na relação com os profissionais médicos, estudos apontam que a comunicação empática e a construção de confiança são fundamentais para abordar o medo relacionado à vacinação. Dubé *et al.* (2013) destacam que médicos que escutam ativamente as preocupações dos pacientes e fornecem respostas baseadas em evidências aumentam as chances de adesão à vacinação.

Merhy (2007) descreve o cuidado em ato como um processo dinâmico, centrado na relação entre profissional de saúde e paciente. Essa perspectiva desafia o modelo biomédico tecnicista, ao enfatizar a escuta, a empatia e o diálogo como elementos estruturantes do cuidado. Ocorre que nem sempre essa abordagem, respeitando a pluralidade de saberes e práticas culturais, configura os padrões do cuidado. Nesse sentido, o autor reforça a necessidade de um olhar inclusivo e empático, que reconheça os fatores sociais, culturais, religiosos e políticos que influenciam as decisões individuais e/ou familiares sobre saúde (MERHY, 2007).

No caso específico da adesão às vacinas ofertadas pelo SUS, o seu impacto sobre a saúde de toda a população, e a obrigatoriedade em todo território nacional definida pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), a responsabilidade dos profissionais de saúde é definida pela legislação. A omissão do profissional, especialmente frente a menores de 18 anos e incapazes, é considerada crime

de responsabilidade civil, profissional e ética (BRASIL, 1940; 1990; 2002; CFM, 2009).

Entre as profissões da área da saúde, a medicina, como campo do saber, constitui um sistema dominante. Nesse sentido, as normas, as orientações, as determinações vindas de autoridades médicas desde sempre são uma forma de exercício de poder. Saber e poder inter-relacionam-se de forma intrínseca, moldando e definindo práticas sociais e institucionais (FOUCAULT, 2008).

No início do XIX, houve o deslocamento da medicina do campo empírico para uma ciência clínica. A partir dessa transformação, a medicina assumiu um papel dominante na sociedade, não apenas no cuidado da saúde, mas também no estabelecimento de normas de conduta e comportamento. O saber médico cria categorias como “normal” e “doente”, que são usadas para classificar e disciplinar indivíduos e grupos. Estas relações de poder se interpenetram no cuidado, atravessando, assim, necessariamente a relação entre o médico e o paciente (FOUCAULT, 2008).

Diante do poder dos discursos adotados pelos profissionais médicos, tornam-se alarmantes as conclusões de estudos robustos realizados ao longo da década de 1990, apontando um grande descompasso entre o perfil dos profissionais médicos e as necessidades das pessoas e coletividades (FRENK *et al.*, 2010). No contexto brasileiro, resultados de um amplo relatório colocaram em xeque a qualidade da formação médica e o perfil dos graduandos (PICCINI *et al.*, 2000). Adequações vem sendo realizadas nas graduações médicas, buscando ajustar o cuidado ofertado às demandas dos serviços de saúde. As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para cursos médicos aprovados em 2014 definem como necessárias as competências relacionais e comunicacionais, para enfrentar a abordagem tecnicista e consideram como referência, para adoção de boas práticas, a busca das melhores evidências científicas (BRASIL, 2014).

No entanto, durante a pandemia pela covid-19 e o contexto de hiperconectividade e desordem informacional, os profissionais de

saúde, em especial os médicos, foram cooptados e produziram inverdades e publicações improcedentes nas mídias e plataformas digitais (ONG; CABAÑES, 2018). Ficou evidente que as bases científicas conferidas pela formação médica não foram capazes de fazer frente ao espectro vasto da desordem informacional (ONG; CABAÑES, 2018; MASSARANI *et al.*, 2021). Torna-se imprescindível refletir sobre as posturas e os discursos desses profissionais, em um contexto de insegurança e sofrimento de caráter global. As posturas frente à realidade, o cuidado em relação aos outros expressa as crenças, as verdades internas e as noções de ética do cuidado.

A ética do cuidado é muito mais abrangente que os conceitos normativos e formais ensinados ao longo da graduação. Essa ética envolve a síntese dos valores morais aplicados à prática profissional, demanda exercícios reflexivos e de autoconhecimento, pouco exercidos ao longo da formação e deve ser aprendida mais pelo exemplo dos mestres do que pelos seus discursos (CASTRO; PEREIRA; BATAGLIA, 2020). No caso específico da graduação médica, salienta-se que a fragilidade no desenvolvimento das habilidades de raciocínio moral tornou-se um grande desafio que já vem sendo apontado pela literatura desde a década passada (LIND, 2000; ECKLES *et al.*, 2005; FEITOSA *et al.*, 2013).

Essas concepções de ética em Foucault (2004) têm como central o conhecimento de si, o ocupar-se de si, como forma de controle dos próprios impulsos e desejos. Em 1982, no curso do Collège de France, intitulado A hermenêutica do sujeito, Foucault apresentou o princípio do cuidado de si, a partir da experiência ética grega, que estaria ligado a uma prática caracterizada por três condições básicas: 1) a verdade jamais seria dada de pleno direito ao sujeito, por um simples ato de conhecimento; 2) demandaria a necessidade do sujeito se transformar, se modificar, tornar-se até certo ponto, outro que não ele mesmo, para que tivesse acesso à verdade; 3) a verdade apenas seria dada ao sujeito por certo preço, que pusesse em jogo o ser mesmo do sujeito, que afetasse esse mesmo sujeito (FOUCAULT, 2010).

Assim, não poderia haver verdade sem uma “conversão” a si mesmo, ou transformação do sujeito, por meio de um trabalho de si para consigo; em que se é o próprio responsável por seus pensamentos e ações (FOUCAULT, 2010). Estas noções aproximam-se do conceito da ética do cuidado de si como prática de liberdade, formulado por Michel Foucault (2004), que valoriza a autonomia e as escolhas individuais em relação à saúde.

Nesse sentido, o cuidado de si se constitui no modo pelo qual a liberdade individual foi pensada como ética, que, por sua vez, se liga ao jogo da verdade. O trabalho sobre si implica na relação do indivíduo consigo mesmo, relação com os outros e a relação com a verdade (FOUCAULT, 2009b).

Para que a prática da liberdade se concretize em um *êthos* bom, belo, honroso, respeitável, memorável e que possa servir de exemplo, é necessário um trabalho de si sobre si mesmo (FOUCAULT, 2004). Além das práticas de si diretamente relacionadas a uma constituição da existência, Foucault afirma que uma das principais preocupações na Antiguidade grega eram as técnicas de subjetivação, ou seja, a produção de subjetividade enquanto modos de constituição de si (FOUCAULT, 2009a).

Outro aspecto relevante do cuidado de si consiste numa certa forma de converter o olhar do exterior para si mesmo, focando a atenção ao que se pensa e ao que se passa no seu próprio pensamento (FOUCAULT, 2009a). Para Foucault, o autoconhecimento e o contato com as suas verdades internas são fundamentais para se viver em liberdade, não se deixando escravizar por seus próprios desejos e nem por aqueles que o cercam, que o governam. A reflexão sobre suas práticas e condutas, associa-se, de acordo com Foucault (2009b), às suas atividades realizadas diariamente, buscando uma transformação de si mesmo. Ou seja, o exercício de buscar relações do sujeito consigo mesmo, torna o princípio do cuidado de si fundamental para um conhecimento de si.

Segundo Foucault (2004), o problema para o indivíduo estaria exatamente em voltar os olhos para si mesmo, reconhecer-se naquilo que se é, lembrar-se das suas verdades, aprender por meio de um certo número de verdades e de doutrinas, que se constitui nos princípios fundamentais e regras de conduta na relação com os outros ou de princípios que são simultaneamente verdades e prescrições. Tais princípios e regras de conduta balizariam o modo espontâneo de se conduzir em cada situação.

Com essa compreensão, pode-se afirmar que o cuidado de si é fundamental para que se possa exercer o cuidado dos outros. Entretanto, a relação consigo é ontologicamente primária e, por isso, é necessária para que, em seguida, se saiba como administrar as relações com o outro. Ou seja, o cuidado de si vem eticamente em primeiro lugar. Nessa perspectiva, o cuidado de si pode ser compreendido por Foucault (2009a) como um privilégio-poder, um dom-obrigação que assegura a liberdade. Entretanto, obriga o indivíduo a tomar a si mesmo como objeto de toda a sua atenção, assumindo-se, modificando-se e transfigurando-se. Esse trabalho sobre si preconiza um cuidado de si balizado por certo modo de estar no mundo, uma atitude para consigo, para com os outros e para o mundo (FOUCAULT, 2009a).

De acordo com Foucault (2004), a liberdade do indivíduo era problematizada pelos gregos como um problema ético. O sentido da ética grega diz respeito a uma certa maneira de se conduzir e de fazer, traduzida pelos hábitos do indivíduo, pelo seu porte, por sua maneira de caminhar, pela calma com que responde aos acontecimentos, ou seja, a liberdade significa não-escravidão. A liberdade ou não-escravidão em relação aos outros é, em si mesma, política, uma vez que ser livre significa não ser escravo de si mesmo, estabelecendo consigo mesmo uma certa relação de domínio, de controle, de poder e de comando (FOUCAULT, 2004).

Destaca-se que as relações de poder têm uma extensão significativamente grande nas relações humanas (relações amorosas,

institucionais, políticas ou econômicas). Tais relações de poder são muito variáveis e instáveis, algumas extremamente desequilibradas, quando um detém um poder muito maior sobre o outro. Nessa análise das relações de poder, que se constitui como um campo extremamente complexo, pode-se afirmar que as práticas de liberdade não existem no estado de dominação (FOUCAULT, 2004).

Nessa perspectiva, para cuidar bem de si é necessário ouvir as lições de um mestre, de alguém que lhe diga a verdade. É por isso que o problema das relações com os outros está presente ao longo desse desenvolvimento do cuidado de si. E ainda, aquele que cuidasse de si de modo adequado, seria capaz de se conduzir adequadamente com relação aos outros e para os outros (FOUCAULT, 2004).

## **Considerações finais**

A hesitação vacinal emerge como um fenômeno complexo que transcende questões técnicas e envolve dimensões culturais, históricas e subjetivas. A articulação entre ciência, poder, cuidado em ato e cuidado de si oferece ferramentas teóricas e práticas para compreender e enfrentar esse desafio. Entendemos que os profissionais de saúde, em especial o médico, desempenham um papel fundamental como mediadores entre o saber biomédico e as necessidades e percepções individuais. Por isso, sua ação deve estar baseada em práticas de cuidado que ultrapassem a simples aplicação de protocolos. O acolhimento das dúvidas e temores dos pacientes, aliado a uma comunicação empática e humanizada, podem fortalecer os vínculos de confiança e promover uma maior adesão às estratégias de imunização.

Essa mediação exige sensibilidade, escuta ativa e respeito às narrativas e valores sociais, culturais e políticos que influenciam as decisões de cuidado. Ao mesmo tempo, o cuidado de si não pode ser desvinculado do cuidado coletivo. O profissional de saúde atua como um mediador essencial nessa dinâmica, buscando aproximar os

pacientes da compreensão de que a imunização é, ao mesmo tempo, uma escolha pessoal e um compromisso social. O medo da vacina, frequentemente alimentado por desinformação e narrativas alarmistas, pode ser mitigado por meio da mediação profissional com foco no cuidado centrado no paciente, que valorize suas dúvidas e ofereça informações claras e acessíveis. Estratégias baseadas na escuta ativa e na construção de diálogos são fundamentais para ressignificar o medo das vacinas e suas implicações.

A biomedicina hegemônica, ao priorizar soluções técnicas e protocolos padronizados, frequentemente ignora as dinâmicas subjetivas e sociais que influenciam a adesão às vacinas. Essa abordagem reforça a desconfiança em relação à ciência, especialmente entre indivíduos que não se identificam com as estruturas de poder que legitimam as práticas biomédicas. Frente à hesitação vacinal, a imposição de discursos, sem considerar a veracidade de informações e as subjetividades, tem gerado resistências contra as orientações preconizadas pelo PNI. A ação dos profissionais de saúde como mediadores favorece a promoção do cuidado integral, mediante escolhas informadas e bem embasadas, alinhadas às necessidades e valores das pessoas e respeitando as múltiplas interpretações de saúde-doença-corpo.

O conceito de cuidado de si de Michel Foucault oferece uma importante perspectiva para compreender as relações entre autonomia e imunização. Esse cuidado não se limita à dimensão individual, mas está profundamente enraizado na interdependência social. Vacinar-se torna-se, assim, uma prática de cuidado consigo mesmo e com os outros, articulando liberdade individual e responsabilidade coletiva. O cuidado de si, entendido como um processo de autocuidado que inclui práticas de saúde individuais e coletivas, destaca-se como um espaço em que os sujeitos constroem significados sobre seu corpo e sua saúde.

Compreender o fenômeno da hesitação vacinal exige, portanto, uma abordagem integrada que considere as múltiplas camadas que influenciam a relação entre indivíduo e Saúde Coletiva. Como campo

interdisciplinar, a Saúde Coletiva oferece ferramentas fundamentais para compreender como diferentes grupos sociais percebem, vivem e articulam os processos relacionados à saúde, doença e cuidado, permitindo uma abordagem mais ampla e contextualizada sobre a complexidade do fenômeno da hesitação vacinal.

Assim, ao construir estratégias de cuidado de si e dos outros, é imprescindível envolver todos os indivíduos como protagonistas no processo de decisão, respeitando suas subjetividades, mas apresentando de forma clara as implicações das escolhas individuais para a coletividade.

## Referências

- ANDRUS, J. K. Imunização, vigilância e a agenda global de segurança sanitária: perspectivas históricas e implicações para programas nacionais de imunização. **Cad. Saúde Pública**, 2020; 36 Sup 2:e00123819. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00123819>.
- ARAUJO, R. F.; OLIVEIRA, T. M. Desinformação e mensagens sobre a hidroxicloroquina no Twitter: da pressão política à disputa científica. **AtoZ**, v. 9, n. 2, p. 196-205, 2020. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/atoz/article/view/75929/42144>. Acesso em: 24 mar. 2024.
- BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. Resolução CNE/CES 3/2014. **Diário Oficial da União**, Brasília, 23 de junho de 2014 – Seção 1 – p. 8-11. Disponível em: [https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/pnsp/legislacao/resolucoes/rces003\\_14.pdf/view](https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/pnsp/legislacao/resolucoes/rces003_14.pdf/view). Acesso em: 10 dez. 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **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). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://www>.

- [brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017](https://brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017). Acesso em: 10 dez. 2024.
- BRASIL. Presidência da República. **Decreto Lei n 2.848, de 7 de dezembro de 1940**. [S. l.: s. n.], 1940. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Decreto-Lei/Del2848.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Decreto-Lei/Del2848.htm). Acesso em: 09 set. 2024.
- BRASIL. Presidência da República. **Lei n 10.406, de 10 de janeiro de 2002**. Institui o Código Civil. [S. l.: s. n.], 2002. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2002/110406compilada.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110406compilada.htm). Acesso em: 09 set. 2024.
- BRASIL. Presidência da República. **Lei n 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. [S. l.: s. n.], 1990. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18069.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm). Acesso em: 09 set. 2024.
- CASTRO, M. R.; PEREIRA, A. A.; BATAGLIA, P. U. R. Ética do cuidado: revisitando a ética na educação médica. **Rev. Bras. Bioética**, 2020, v. 16(e 9), p. 1-19. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.26512/rbb.v16.2020.32453>. Acesso em: 13 nov. 2024.
- CFM – Conselho Federal de Medicina. **Código de Ética Médica 2009**: Resolução CFM nº 1.931/2009. 10. Brasília: CFM; 2009.
- COUTO, M. T.; BARBIERI, C. L. A.; MATOS, C. C. S. A. Considerações sobre o impacto da covid-19 na relação indivíduo-sociedade: da hesitação vacinal ao clamor por uma vacina. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 30, n. 1, e200450, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021200450>. Acesso em: 21 abr. 2023.
- DANDARA, L. A Revolta da Vacina. **Fiocruz [Portal Online]**, Rio de Janeiro, 25 abr. 2005. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/revolta-da-vacina-2>. Acesso em: 22 abr. 2023.
- DATASENADO. Senado Federal. **Pesquisa Nacional Redes Sociais, Notícias Falsas e Privacidade na Internet**, 2018. [S. l.: s. n.], 2018. Disponível em: <https://www12.senado.leg>

- [br/institucional/datasenado/materias/pesquisas/mais-de-80-dos-brasileiros-acreditam-que-redes-sociais-influenciam-muito-a-opiniao-das-pessoas?utm\\_source=chatgpt.com](https://br/institucional/datasenado/materias/pesquisas/mais-de-80-dos-brasileiros-acreditam-que-redes-sociais-influenciam-muito-a-opiniao-das-pessoas?utm_source=chatgpt.com). Acesso em: 10 dez. 2024.
- DOMINGUES, C. M. A. S. *et al.* 46 anos do Programa Nacional de Imunizações: uma história repleta de conquistas e desafios a serem superados. **Cad. Saúde Pública** 2020; 36 Sup 2: e00222919. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/XxZCT7tKQjP3V6pCyywtXMx/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 nov. 2024.
- DUBÉ, E. *et al.* Vaccine Hesitancy: An Overview. **Human Vaccines & Immunotherapeutics**, v. 9, n. 8, p. 1763-1773, 2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23584253/>. Acesso em: 21 abr. 2023.
- DUBÉ, E; VIVION, M.; MACDONALD, N. Vaccine hesitancy, vaccine refusal and the anti-vaccine movement: influence, impact and implications. **Expert Rev. Vaccines**, v. 14, n. 1, p. 99-117, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25373435/>. Acesso em: 21 abr. 2023.
- DURBACH, N. **Bodily Matters: The Anti-Vaccination Movement in England, 1853–1907**. Durham: Duke University Press, 2005.
- ECKLES, R. E. *et al.* Medical ethics education: where are we? Where should we be going? A review. **Acad med.** 2005; 80(12): 1143-1152. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16306292/>. Acesso em: 10 dez. 2024.
- FALAVIGNA, M. Diretrizes para o tratamento farmacológico da COVID-19. Consenso da Associação de Medicina Intensiva Brasileira, da Sociedade Brasileira de Infectologia e da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. **Rev. Bras. Ter. Intensiva**. 2020; 32(2): 166-196. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbti/a/6Vw95XMj4kZdWWvXWqLgDRb/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 jan. 2024.

- FEITOSA, H. N. *et al.* Competência de juízo moral dos estudantes de medicina: um estudo piloto. **Rev. Bras. Educ. Med.** 2013; 37(1): 5-14. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/z5Qnw-TkmDyVQxyRypxGzxHD/>. Acesso em: 13 nov. 2024.
- FOUCAULT, M. A ética do cuidado de si como prática de liberdade. In: FOUCAULT, M. **Ética, Sexualidade, Política** / Michel Foucault; organização e seleção de textos M. B. da Motta; tradução E. Monteiro e I. A. D. Barbosa. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004. (Ditos e Escritos V) Tradução de Dits et écrits. ISBN: 85-218-0324-7.
- FOUCAULT, M. **A hermenêutica do sujeito**. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2010.
- FOUCAULT, M. **História da sexualidade II: o uso dos prazeres**. Rio de Janeiro: Graal, 1984.
- FOUCAULT, M. **História da sexualidade: O cuidado de si**. Rio de Janeiro: Graal, 2009a. v. 3.
- FOUCAULT, M. **História da sexualidade: o uso dos prazeres**. Rio de Janeiro: Graal, 2009b. v. 2.
- FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. São Paulo: Edições Graal, 2008.
- FRENK, J. *et al.* Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. **Lancet**. 2010; v. 376, n. 9756, p. 1923-1958. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(10\)61854-5/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(10)61854-5/abstract). Acesso em: 10 dez. 2024.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Agência de notícias. **PNAD Contínua**. [S. l.: s. n.], [20--]. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/41024-internet-foi-acesada-em-72-5-milhoes-de-domicilios-do-pais-em-2023#:~:text=O%20percentual%20domic%C3%ADlios%20do%20pa%C3%ADs,de%202%2C0%20p.p>. Acesso em: 10 dez. 2024.

- ICEPI. Instituto Capixaba de Ensino e Pesquisa e Inovação em Saúde. **Monitoramento de temas da saúde nas redes sociais**. Relatório 9 – Vacina e Covid-19, 2020. Disponível em: <https://icepi.es.gov.br/Media/ICEPi/Arquivos-ICEPi/observa-icepi/Observa%20ICEPi%20-%20Monitoramento%20de%20temas%20da%20sa%C3%BAde%20nas%20redes%20sociais%2009%20-%20Tem%C3%A1tica%20Vacina%20e%20Covid.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2023.
- KFOURI, R. A; LEVI, G. C. **Controvérsias em imunizações 2020**. São Paulo: Segmento Farma, 2021. Disponível em: <https://sbim.org.br/images/books/controversias-imunizacoes-2020.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2023.
- LEMOS, A. **A tecnologia é um vírus: pandemia e cultura digital**. Porto Alegre: Sulina, 2021.
- LEONG, C. *et al.* Assessing the impact of novelty and conformity on hesitancy towards COVID-19 vaccines using mRNA technology. **Commun Med (Lond)**, v. 2, n. 61, May 31 2022. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9156695/>. Acesso em: 25 set. 2024.
- LIMA, F. L. M. *et al.* Padrões da desinformação vacinal no Telegram. *In: anais do 9º Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde*. v. 2, 2023, Recife. Anais eletrônicos. Galoá, 2023. Disponível em: <https://proceedings.science/cshs-2023/trabalhos/padroes-da-desinformacao-vacinal-no-telegram?lang=pt-br>. Acesso em: 10 dez. 2024.
- LIND, G. Moral regression in medical students and their learning environment. **Rev. Bras. Educ. Med.** 2000; 24(3): 24-33. Disponível em: [http://moralcompetence.net/pdf/Lind-2000\\_Moral\\_Regression\\_in\\_Medical\\_Students.pdf](http://moralcompetence.net/pdf/Lind-2000_Moral_Regression_in_Medical_Students.pdf). Acesso em: 13 nov. 2024.
- MACDONALD, N. E; SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy. Vaccine hesitancy: definition, scope and determinants. **Vaccine**, v. 33, n. 34, 4161-4164, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25896383/>. Acesso em: 29 jul. 2024.

- MASSARANI, L. *et al.* (2021). Infodemia, desinformação e vacinas: a circulação de conteúdos em redes sociais antes e depois da COVID-19. **Liinc em Revista**, 17(1). Disponível em: <https://doi.org/10.18617/liinc.v17i1.5689>. Acesso em: 10 dez 2024.
- MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2007.
- NGUYEN, K. H. *et al.* COVID-19 vaccination intent, perceptions, and reasons for not vaccinating among groups prioritized for early vaccination – United States, September and December 2020. **American Journal of Transplantation**, v. 21, n. 4, p. 1650-1656, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/ajt.16560>. Acesso em: 19 set. 2024.
- OCDE. Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico. **The OECD Truth Quest Survey**: Methodology and findings. OECD Digital Economy Papers, No. 369, OECD Publishing, Paris, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1787/92a94c0f-en>. Acesso em: 10 dez. 2024.
- ONG, J. C; CABAÑES, J. V. A. **Architects of Networked Disinformation**: Behind the Scenes of Troll Accounts and *Fake news* Production in the Philippines. Report, 2018. Disponível em: <https://newtontechfordev.com/wp-content/uploads/2018/02/ARCHITECTS-OF-NETWORKED-DISINFORMATION-FULL-REPORT.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2024.
- OPAS. Organização Panamericana de Saúde. **Entenda a infodemia e a desinformação na luta contra a COVID-19**. Folheto informativo Saúde Digital. 2020. Disponível em: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52054/Factsheet-Infodemic\\_por.pdf](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52054/Factsheet-Infodemic_por.pdf). Acesso em: 23 abr. 2023.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Managing epidemics**: key facts about major deadly diseases, 2018. [S. l.: s. n.], 2018. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/managing-epidemics-interactive.pdf>. Acesso em: 19 mai. 2022.

- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Immunization coverage: key facts.** [Geneva]: World Health Organization; 2023 [update 2023 July 18; cited 2023 Oct 31]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/immunization-coverage>. Acesso em: 23 abr. 2023.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Ten threats to global health in 2019.** WHO (Who.int), 2019. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/spotlight/ten-threats-to-global-health-in-2019>. Acesso em: 17 mai. 2022.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 – 11 March 2020.** WHO (Who.int), 11 mar. 2020.
- PARISER, E. **O filtro invisível: o que a internet está escondendo de você.** Rio de Janeiro: Zahar, 2012.
- PERETTI-WATEL, P., *et al.* (2015). "Vaccine hesitancy: clarifying a theoretical framework for an ambiguous notion." **PLoS currents**, 7. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25789201/>. Acesso em: 23 abr. 2024.
- PICCINI, R. X. *et al.* Preparando a transformação da educação médica brasileira: projeto CINAEM III fase: relatório 1999-2000 / Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM) [internet]. **Preparando a transformação da educação médica brasileira: projeto CINAEM III fase.** Pelotas: UFPel; 2000. Disponível em: <http://docs12.minhateca.com.br/456652355,BR,0,0,CINAEM-III-Fase---Preparando-a-Transforma%C3%A7%C3%A3o-da-Educa%C3%A7%C3%A3o-M%C3%A9dica-Brasileia.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2024.
- RAZAI, M. S. *et al.* COVID-19 vaccine hesitancy: the five Cs to tackle behavioural and sociodemographic factors. **J R Soc Med** 2021; 114: 295-8. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8209756/>. Acesso em: 19 set. 2024.
- SALLES, S. Acre vive surto de doença causada por medo de vacinação. **Jornal da USP [online]**, 22 nov. 2019. Ciências da Saúde.

- Disponível em: <https://jornal.usp.br/ciencias/ciencias-da-saude/acre-vive-surto-de-doenca-causada-por-medo-de-vacinacao/>. Acesso em: 21 abr. 2023.
- SARA, J. *et al.* (2023). 4. Towards a More Critical Public Health Understanding of Vaccine Hesitancy: Key Insights from a Decade of Research. **Vaccines**. Disponível em: doi: 10.3390/vaccines11071155. Acesso em: 19 set. 2024.
- SATO, A. P. S. Qual a importância da hesitação vacinal na queda das coberturas vacinais no Brasil? **Rev Saude Publica**, v. 52, p. 96, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/CS5YR-cMc3z4Cq4QtSBDLXXG/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 23 abr. 2023.
- SILVA, G. M. *et al.* Desafios da imunização contra COVID-19 na saúde pública: das *fake news* à hesitação vacinal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, n. 3, p. 739-748, mar. 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/dVVfKrCWD7sPp8TNp8xcngN/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 06 mai. 2023.
- SILVA, S. *et al.* Vacinar ou arriscar? A mensagem da Organização Mundial de Saúde para promover a vacinação contra a covid-19. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 33, n. 1, e220584pt, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902024220584>. Acesso em: 06 mai. 2023.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **O antivacinação no Brasil e no Mundo: cenário pós-confiança.** As principais falácias: como reconhecer e como agir. Manual de Orientação, Departamento Científico de Imunizações (gestão 2022-2024) e Instituto Questão de Ciência, n. 104, 22 set. 2023. Disponível em: [https://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/\\_24227c-MO\\_Anti-Vacinismo\\_BR\\_e\\_Mundo\\_As\\_PrincipaisFalacias.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/_24227c-MO_Anti-Vacinismo_BR_e_Mundo_As_PrincipaisFalacias.pdf). Acesso em: 09 set. 2024.
- THE LANCET. Health in the age of disinformation. **The Lancet**, V. 405, Issue 10474, 173, 19 jan 2025. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(25\)00094-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(25)00094-7). Acesso em: 06 mai. 2023.

- VICENZO, C.; SOPHIE, G.; ANSGAR, W. Trust and COVID-19 vaccine hesitancy. **Dental science reports**, (2023). doi: 10.1038/s41598-023-35974-z. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10245358/>. Acesso em: 10 dez. 2024.
- VILLELA, E. F. M.; ZANUZZI, T. R. L.; MENDES, M. M. O letramento digital em saúde no contexto da vacinação contra covid-19. In: MALINVERNI, C.; BRIGAGÃO, J. **O letramento digital em saúde no contexto da vacinação contra covid-19**. [S. l.: s. n.], [s. d.].
- WARDLE, C.; DERAKHSHAN, H. **Desinformação e covid-19: desafios contemporâneos na comunicação e saúde** – São Paulo: Instituto de Saúde, 2023. Disponível em: [https://saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/pdfs/temas\\_32\\_desinformacao.pdf](https://saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/pdfs/temas_32_desinformacao.pdf). Acesso em: 10 nov. 2024.
- ZAROCOSTAS, J. How to fight an infodemic. **The Lancet**, v. 395, n. 10225, p. 676, 2020. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30461-X/full-text](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30461-X/full-text). Acesso em: 23 abr. 2023.

# O aleitamento materno de prematuros em unidade de terapia intensiva neonatal como ferramenta de cuidado e redução de vulnerabilidades

*Fernanda Có Gomes Tardin • Scheila Defante Peres •  
Maria Angélica Carvalho Andrade*

O leite materno é o melhor alimento para os recém-nascidos e contribui de forma sustentável para seu crescimento, desenvolvimento e na redução de vulnerabilidade dos prematuros. Sabe-se que anualmente no mundo o nascimento prematuro soma cerca de 15 milhões e atualmente o Brasil vivencia uma epidemia de prematuridade (LEAL *et al.*, 2016; SILVA *et al.*, 2020a; FIGUEIREDO *et al.*, 2022 MINUZZI, *et al.*, 2023). O parto prematuro é um acontecimento que expõe o bebê a vulnerabilidades como morbimortalidade, justificando a necessidade de cuidados singulares e individuais, por isso logo após

o seu nascimento é encaminhado à Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN) (BRASIL, 2013, EICHENWALD *et al.*, 2017; CRUZ *et al.*, 2023).

A legislação brasileira vigente assegura a presença das mães na UTIN não como visitantes, mas como acompanhantes de seus filhos internados. As políticas, programas e ações de assistência materno-infantil têm sido lançados visando à humanização e qualificação ao recém-nascido e sua família, muitas dos quais envolvendo a prematuridade. Merecem destaque a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso (Método Canguru) do Ministério da Saúde e a expansão da iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) para outros cenários de cuidado, incluindo a UTIN (BRASIL, 2012, BRASIL 2013, BRASIL, 2014a; BRASIL, 2014b).

Com a presença da mãe na UTIN estimulada e garantida, é possível fazer uso do leite materno ordenhado cru. O leite materno ordenhado tem segurança comprovada para ser administrado aos recém-nascidos internados em UTIN, além de exigir estrutura mínima e pouco onerosa, já presente no ambiente hospitalar, não dependendo obrigatoriamente da existência do Banco de Leite Humano (BLH) (BRASIL, 2018).

Entretanto, o uso de leite materno ordenhado ainda é baixo nas UTIN brasileiras, necessitando de mais discussões sobre o seu uso. Em geral, o médico pediatra generalista ou neonatologista é quem prescreve a alimentação de seu paciente durante a internação na UTIN, determinando o início, o tipo de dieta e a via de administração. Devido ao papel do pediatra como prescritor na UTIN, ele se torna peça-chave para o entendimento das práticas de cuidado que estão envolvidas na prescrição da alimentação destes pacientes (FREITAS *et al.*, 2016; OLDEMBURG *et al.*, 2018).

A importância do aleitamento materno para os prematuros internados está bem estabelecida no meio acadêmico. Entre as medidas que apoiam essa prática podemos pontuar o reconhecimento e a prescrição do leite materno pelo pediatra, a participação governamental

quando identifica e institui medidas de apoio ao aleitamento sob a forma da legislação, o treinamento da equipe e encorajamento da mãe no momento da amamentação e acolhimento emocional e ambiental para fortalecer o vínculo dos pais, bebê e a equipe aumentando a confiança e principalmente o tempo de permanência da mãe na UTIN. Entretanto, os indicadores relativos ao aleitamento materno de prematuros permanecem inferiores aos desejados (ADAMKIN; RAD-MACHER, 2014; FIGUEIREDO *et al.*, 2022).

O recém-nascido prematuro que precisa de assistência em UTIN normalmente tem o início de sua amamentação atrasada pela necessidade em receber cuidados essenciais para manutenção de suas funções vitais, caminho contrário ao que preconiza os órgãos nacionais e internacionais em saúde. Essa barreira precisa ser transpassada com ações de incentivo e proteção à amamentação envolvendo equipe e família. Quando há falha na estratégia por alguma das partes ou situação adversa o desmame parcial dos prematuros ocorre dentro da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e o desmame total se dá poucos meses após a alta hospitalar. Em estudo realizado por Freitas e colaboradores (2016), foi observado que estar em aleitamento materno complementado com outro leite no momento da primeira consulta ambulatorial após a alta da UTIN e ter idade gestacional menor que 32 semanas ao nascimento interferiu negativamente no aleitamento materno, reduzindo consideravelmente o seu tempo (Freitas *et al.*, 2016, Moreira *et al.*, 2020 hospitalizado em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN).

Com taxas elevadas de nascimentos prematuros e indicadores apontando para taxas de amamentação insuficientes entre os prematuros no Brasil e no mundo observou-se a necessidade de refletir sobre o contexto da alimentação dos prematuros, a partir de suas vulnerabilidades e das práticas de cuidado na UTIN (FREITAS *et al.*, 2016; LAMOUNIER, 2016; GOMES *et al.*, 2017; FIGUEIREDO *et al.*, 2022).

## **A vulnerabilidade do prematuro e a prática de cuidado**

Para iniciar a discussão sobre cuidado é necessário explorar o conceito de vulnerabilidade. É possível pensar o aleitamento materno de prematuros em UTIN na perspectiva da redução das vulnerabilidades proposta por Ayres e colaboradores (2015), transportando as estratégias de ação preventiva inicialmente aplicadas em HIV/Aids para as estratégias de promoção e proteção ao aleitamento materno (PAIVA; AYRES, 2023).

O conceito de vulnerabilidade aplicado à saúde resultou de progressivas interseções entre o ativismo social e o movimento dos Direitos Humanos durante a epidemia de Aids nas décadas de 1980 e 1990. A partir destas interseções é que o termo vulnerabilidade passa a ser entendido como um conceito de Saúde Coletiva (AYRES *et al.*, 2015).

O termo vulnerabilidade, amplamente explorado no campo da saúde coletiva, caracteriza grupos ou indivíduos expostos a situações de fragilidade que comprometem a garantia dos seus direitos fundamentais. Essa abordagem transcende os aspectos individuais, integrando dimensões sociais, culturais e institucionais que configuram barreiras à cidadania plena (BERTOLOZZI *et al.*, 2009; ROSANELI *et al.*, 2024). A vulnerabilidade é uma construção relacional, resultante de desigualdades estruturais que afetam a promoção e proteção dos direitos humanos. Assim, o reconhecimento dessa vulnerabilidade em diferentes contextos torna-se essencial para o desenvolvimento de estratégias de cuidado que promovam equidade e inclusão, orientando políticas públicas de saúde de forma mais ampla e efetiva (POSSAMAI; SIQUEIRA-BATISTA, 2022; RODRIGUES; SCHRAMM, 2022).

A utilização do conceito de risco epidemiológico em práticas de prevenção e promoção da saúde já é bastante conhecida. Porém, durante os anos iniciais da epidemia de Aids no mundo, houve necessidade de se entender o processo saúde-doença de um modo ainda

mais abrangente, quando apenas os dados epidemiológicos não eram suficientes (PAIVA; AYRES, 2023).

Neste período e nos anos subsequentes, através do estudo de como a epidemia avançava na população, houve a proposta de um novo instrumental para compreender e intervir sobre a epidemia, a chamada análise de vulnerabilidade à infecção pelo HIV e à Aids (AYRES *et al.*, 2015).

Somente com o entendimento da vulnerabilidade, a partir da identificação das pessoas acometidas, do gênero, da raça, do extrato social e de seus comportamentos sexuais e de vida, foi possível verdadeiramente conhecer a epidemia de Aids e traçar estratégias efetivas para evitar o seu avanço (PAIVA; AYRES, 2023).

O quadro conceitual da vulnerabilidade foi inicialmente baseado na epidemia de Aids, mas, devido à sua característica de privilegiar o conhecimento e a intervenção sobre as dimensões sociais dos processos saúde-doença, tem se alinhado às preocupações da Saúde Coletiva brasileira (AYRES *et al.*, 2015).

Mais recentemente, o conceito de vulnerabilidade vem se expandindo para as áreas de saúde da criança, saúde do adolescente, saúde do idoso, violência e atenção primária à saúde de um modo geral (AYRES *et al.*, 2015).

Os três eixos ou dimensões da análise da vulnerabilidade são estes a seguir:

a) Dimensão individual da vulnerabilidade: leva em consideração o modo de vida do indivíduo, a qualidade e o grau de informação de que dispõe sobre a doença/agravo e sua saúde e a capacidade de elaborar estas informações e incorporá-las ao seu modo de viver.

b) Dimensão social da vulnerabilidade: este componente analítico considera os fatores contextuais que definem e constroem a vulnerabilidade individual, isto é, os aspectos materiais, culturais, morais e políticos que compõem a vida em sociedade.

c) Dimensão pragmática da vulnerabilidade (ou institucional): avalia como as instituições de saúde atuam como elementos

que perpetuam as condições de vulnerabilidade social. Analisa de que modo estas instituições estimulam a percepção dos contextos desfavoráveis pelo indivíduo ou por grupos sociais e propiciam a superação ou atenuação destes obstáculos. Fatores como o grau de compromisso destas instituições com a população atendida, os recursos disponíveis, valores e competências de gerências e técnicos, sustentabilidade das propostas e o estímulo à participação e autonomia dos sujeitos são fundamentais para a análise da vulnerabilidade programática.

Segundo Ayres (2003), o cuidado surge quando se intervém para a redução das vulnerabilidades nas suas três dimensões. O cuidado minimiza a vulnerabilidade e a redução de vulnerabilidades produz o cuidado. Para produzir cuidado é necessário atenuar as vulnerabilidades e os processos vulnerabilizantes. Ao se empregar a redução das vulnerabilidades na atenção à saúde, há o deslocamento do resultado final do modelo da prevenção tradicional (cura) para a construção do cuidado, de modo que a proteção e promoção da saúde sejam mais efetivas e a qualidade de vida seja mais satisfatória (AYRES, 2003; AYRES *et al.*, 2006; AYRES *et al.*, 2015).

Na UTIN, o cuidado pretendido para o prematuro internado é complexo e multifacetado e está intrinsecamente relacionado à redução de suas vulnerabilidades peculiares. Diante das múltiplas características do cuidado, é necessário contextualizar a internação do prematuro em UTIN e perceber que, além da tecnologia disponível e indispensável nestas unidades, o cuidado precisa permear toda a assistência destes pacientes (SILVA *et al.*, 2020).

Por definição do senso comum, o cuidado é entendido como o conjunto de procedimentos técnicos para o bom êxito de certo tratamento. Porém, como constructo filosófico, o cuidado é a interação entre dois ou mais sujeitos visando o alívio de um sofrimento ou alcance do bem-estar, mediada por saberes especificamente voltados para essa finalidade (AYRES, 2001).

O cuidado é o que emerge da interação entre dois sujeitos (sujeito profissional e usuário, sujeito alvo das ações), permitindo

que o usuário seja realmente sujeito neste encontro, em uma relação não objetificadora deste usuário, favorecendo o diálogo simétrico entre profissional e paciente (AYRES, 2001).

O cuidado, como atitude cuidadora, passa pelas competências técnicas, mas não é restrito a elas; é mais do que curar, tratar, controlar. Além disso, curar, tratar e controlar são exemplos de relações estáticas, individualizadas e individualizantes, que objetificam o sujeito alvo das intervenções de saúde (AYRES, 2001).

Para explicar alguns aspectos relevantes do cuidado, Ayres (2001) propõe a leitura da antiga alegoria de Higino, citada por Heidegger.

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 húmus (terra)” (HEIDEGGER, 1995, p. 263-4, *apud* AYRES, 2001, p. 44).

É importante destacar, no âmbito da saúde, os seguintes aspectos do Cuidado:

a) Movimento. O Movimento é essencial ao Cuidado. O Cuidado vai até a argila ao atravessar o rio, ele não é estático. O Cuidado molda a argila, transformando-a em nova criatura. O Cuidado depende de ações efetivas, representadas pelo Movimento.

b) Interação. Da interação entre Cuidado e argila há a transformação da criatura. Júpiter dá o espírito à criatura e a torna um ser vivo. O Cuidado é transformador através da Interação entre os sujeitos, e somente com a Interação é possível a transformação da argila no ser humano.

c) Identidade e Alteridade. O Cuidado se faz artesão na presença da argila, ele não era artesão antes deste encontro. As identidades existenciais só se estabelecem no ato, na interação. A Identidade de um se faz na presença do outro, com o reconhecimento dos sujeitos, com todas as suas implicações. A Alteridade de cada um se define pela construção de uma identidade e vice-versa.

d) Plasticidade. O Cuidado molda a argila e transforma a massa sem forma em um novo ser. O Cuidado possibilita remodelamento e transformação da existência. A mudança e a Plasticidade são inerentes à condição humana e são fundamentais ao Cuidado.

e) Projeto. O Cuidado tem a capacidade de conceber e construir projetos. O Projeto é o plano concebido para o novo ser e, através deste plano, cria-se uma perspectiva, almeja-se um futuro para este ser.

f) Desejo. É do encontro desejante do Cuidado com a argila que se origina o ser vivente. O Cuidado vai ao encontro da argila por sua vontade e ali encontra uma satisfação. É o Desejo que move o Cuidado.

g) Temporalidade. É na perspectiva do fluxo do tempo, do devir da existência, que faz sentido falar de Cuidado, ao mesmo tempo que o Cuidado é em si mesmo condição para a existência. O Cuidado está na origem do ser humano e o acompanhará por toda a sua vida, ao longo de seu percurso temporal no mundo.

h) Não Causalidade. Todas as características estão presentes de modo conjunto, mas não de modo uniforme ou sucessivo. Não se pode explicar o Cuidado nos termos de causa e efeito como se aprende racionalmente.

i) Responsabilidade. Cuidar não é apenas projetar, mas projetar com responsabilização. A Responsabilidade é o compromisso do Cuidado com a sua Criatura, é o que irá dar importância ao seu Projeto.

j) Uma vez que o Cuidado é o que emerge da relação entre dois sujeitos (um diante do outro), na UTIN a produção

do Cuidado dar-se-á no encontro do profissional de saúde com o prematuro internado (ou com o binômio mãe-bebê).

## **O trabalho em saúde como estratégia de redução de vulnerabilidades**

O trabalho em saúde profissional-centrado favorece a produção de procedimentos, mas desestimula a formação de vínculos e responsabilizações. Em um ambiente altamente tecnológico como o da UTIN, os equipamentos e procedimentos são indispensáveis ao tratamento dos pacientes que ali se encontram, e sem eles sua sobrevivência estaria comprometida. Em contrapartida, o trabalho em saúde usuário-centrado leva em consideração as necessidades do usuário e as possibilidades de satisfazê-las, de acordo com as demandas dos próprios usuários. Os procedimentos, se necessários, farão parte da abordagem, mas o protagonista será o sujeito alvo das ações em saúde (MEHRY, 2004; CARMO; GUIZARDI, 2018).

Neste capítulo, o foco é a alimentação do prematuro e as práticas de cuidado envolvidas neste processo. O bebê prematuro, além da sua complexidade clínica, está inserido em um ambiente familiar, social e institucional. A alimentação do bebê prematuro é apenas um dos aspectos, ainda que fundamental à sua saúde, diante de vários outros que necessitam de atenção na vida deste paciente. O prematuro é 2,8 vezes mais suscetível ao desmame precoce em relação ao bebê a termo ou mesmo de não ser amamentado em nenhuma oportunidade, com todas as consequências que isso possa acarretar. Preferencialmente deseja-se alimentar este bebê ainda no primeiro dia de vida com leite materno e manter a amamentação durante a toda a internação e no pós-alta (SIQUEIRA; FIORI; SILVA, 2023).

A prematuridade por si só já pressupõe vulnerabilidade. As condições clínicas do prematuro são mais vulneráveis do que as condições clínicas de recém-nascido termo, portanto suas chances reais

de óbito são maiores. Esta dimensão de vulnerabilidade individual somada às dimensões de vulnerabilidade social e institucional torna o prematuro um indivíduo susceptível em vários aspectos e cujas práticas de cuidado devem estar diretamente relacionadas à redução destas vulnerabilidades (AYRES *et al.*, 2006; EICHENWALD *et al.*, 2017; SILVA *et al.*, 2020b).

Ao transportar os conceitos das dimensões da vulnerabilidade em saúde para os prematuros internados em UTIN, em princípio tão distante da epidemia de HIV/Aids que iniciou sua discussão, observa-se quão pertinente estes conceitos se mantêm. Os prematuros são vulneráveis pela sua condição própria de estar no mundo, precocemente, muitas vezes sem condições de sobrevivência se não houver um suporte de cuidados intensivos. O prematuro, como ser, não pode ser descolado de sua mãe quando analisamos as dimensões de sua vulnerabilidade e tampouco de seu meio social e institucional (SILVA *et al.*, 2020b; SOARES, 2020).

Para os prematuros, reduzir vulnerabilidades e focar no cuidado diz respeito principalmente ao seu futuro. Inicialmente, o prematuro precisa superar suas dificuldades intrínsecas durante a internação em UTIN (maturidade de órgãos e sistemas, doenças infecciosas, entre outras). Dependendo do grau destas dificuldades e de que modo se deu a superação, restarão sequelas a serem tratadas ou acompanhadas por tempo indeterminado, com maior ou menor grau de gravidade (SILVEIRA *et al.*, 2012; SILVA *et al.*, 2020a).

Outros dois aspectos a serem tratados, relevantes para a saúde da população geral bem como da saúde dos prematuros, são os Determinantes Sociais da Saúde e a Promoção da Saúde. A importância da abordagem destes conceitos neste estudo se dá pela possibilidade da identificação dos determinantes sociais existentes no processo da alimentação do prematuro na UTIN, proporcionando indicar intervenções voltadas para o combate às iniquidades de saúde geradas pelos determinantes sociais e apontar ações alinhadas à Promoção da Saúde para esta população (SIQUEIRA; FIORI; SILVA, 2023).

Os determinantes da saúde são os fatores que afetam, influenciam e determinam a saúde das pessoas. Estes fatores podem ser de ordem social, econômica, cultural, ambiental, biológica e genética. Apesar da inquestionável influência de fatores externos ao indivíduo no equilíbrio saúde-doença, estes nem sempre foram incluídos na formulação de políticas relacionadas à saúde (CARRAPATO; CORREIA; GARCIA, 2017).

Os determinantes sociais da saúde abordam, de forma geral, as condições de vida e condições de trabalho dos indivíduos que de alguma forma condicionam sua saúde. No Brasil, a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde define-os como “os fatores sociais, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população” (BUSS; PELLEDRINI FILHO, 2007, p. 78; SZYHTA, 2022).

Por sua vez, a promoção da saúde é definida pela combinação de apoios educacionais e ambientais que objetivam alcançar ações e condições de vida propícias à saúde. Para que isso ocorra é necessário agregar os múltiplos determinantes da saúde (fatores genéticos, fatores ambientais, serviços de saúde e estilo de vida) às múltiplas intervenções realizadas no âmbito da saúde. O apoio ambiental refere-se às circunstâncias sociais, políticas, econômicas e organizacionais, ligadas ao comportamento humano e às políticas relacionadas à saúde. Isto é, o ambiente aqui também diz respeito às ações que devem ser consideradas no planejamento de atividades de promoção em saúde (CANDEIAS, 1997; ARAÚJO, 2022).

A Promoção da Saúde é um referencial que oferece uma forma mais abrangente de pensar e agir em saúde e vem reforçar as propostas do SUS na melhoria deste quadro. Como política de saúde, enfatiza a necessidade da participação da população nos processos decisórios e na elaboração de políticas públicas (BYDLOWSKI; WESTPHAL; PEREIRA, 2004; PONTES *et al.*, 2021).

É preciso reiterar que a proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno dentro de uma instituição pública de saúde, mais especificamente da UTIN, não podem estar centrados em apenas uma classe profissional, ou em uma equipe de plantão, tampouco em um indivíduo. Ao contrário, estas instituições devem estar comprometidas de modo global com a Política Nacional de Proteção, Promoção e Apoio ao Aleitamento Materno. Este comprometimento certamente exige mudanças estruturais importantes, mudanças de práticas profissionais e instituição de uma política clara e objetiva em defesa da amamentação nas unidades de saúde (BRASIL, 2017; PONTES *et al.*, 2021; SIQUEIRA; FIORI; SILVA, 2023).

Em relação aos determinantes de saúde, observa-se que a estrutura existente nas instituições atua como determinante de saúde no processo de aleitamento materno dos prematuros internados na UTIN. Notadamente a ausência da Unidade Canguru, não possuir o título de Hospital Amigo da Criança (e, portanto, não seguir as suas recomendações), não possuir Banco de Leite Humano (BLH) ou Posto de Coleta, permitir a propaganda da indústria em suas dependências e seguir um modelo estritamente biomédico e hospitalocêntrico são alguns fatores que seguramente reforçam as iniquidades em saúde na população de prematuros internados em UTIN (FIGUEIREDO *et al.*, 2022) considerando as necessidades de crescimento, desenvolvimento neurológico, estabilidade clínica e controle da termorregulação para início da estimulação precoce da amamentação. Em contrapartida temos a condição sociocultural da mãe que necessita de apoio e orientações da equipe multiprofissional para travessia das situações advindas da internação de seu filho na unidade neonatal. Nesse caminho é indispensável propiciar a educação em saúde sobre a amamentação e os cuidados diários com o prematuro. Revisão integrativa da literatura sobre aleitamento materno em unidade neonatal no período de 2015 a 2020 realizada na Biblioteca Virtual em Saúde e bases de dados MEDLINE, LILACS e BDNF usando os descritores em Ciências da Saúde (DeCS).

Ao pensar a Promoção da Saúde para estes prematuros, as ações deverão ser voltadas à facilitação de escolhas saudáveis para a vida destes bebês: viabilizar a presença materna nas unidades, priorizar o aleitamento materno e a amamentação na UTIN, adotar as recomendações do Hospital Amigo da Criança, bem como implementar Posto de Coleta de Leite Humano (PCLH), Banco de Leite Humano (BLH) e práticas como a ordenha de leite materno à beira do leito para administração imediata. Do mesmo modo, é necessário dificultar as escolhas não saudáveis para estes bebês, impedindo a entrada de representantes comerciais nas unidades e evitando-se a naturalização do uso das fórmulas artificiais entre os próprios profissionais de saúde (PONTES *et al.*, 2021; FIGUEIREDO *et al.*, 2022).

Quando há estímulo e apoio ao aleitamento materno dentro da UTIN, há o investimento na saúde deste paciente, do presente e do futuro. Extrapolam-se os atos de curar e tratar (ou atingir um peso específico) para fazer projetos para este paciente, com responsabilização e assim as mães se sentem empoderadas e orgulhosas ao invés de envergonhadas e culpadas (AYRES, 2006; SILVA *et al.*, 2021).

Sabe-se que a atenção à saúde voltada para os procedimentos técnicos e não para o indivíduo de forma integral torna-se objetivadora e não promove o surgimento de atitudes cuidadoras. Pelo contrário, produz prescrições, exames complementares e procedimentos profissional-centrados (MEHRY, 2004; SILVA *et al.*, 2020b).

Em um modelo ideal de atenção à saúde, o trabalho em saúde produz atos (como procedimentos, acolhimentos, responsabilizações) e intervenção em saúde sob a forma de cuidado. Segundo Siqueira (2023), diferentes aspectos podem interferir no sucesso da amamentação e entre elas são citados aspectos sociais, psicológicos, rotinas da unidade e prática dos profissionais que atuam na UTIN, dado isso a importância de se começar a orientar a família desde o pré-natal na atenção primária e no caso de internações prolongadas, situação comum entre os prematuros, é primordial somar o empenho e conhecimento da equipe multiprofissional com a inserção da família

o mais precoce possível nas diferentes práticas de cuidado. No que diz respeito à amamentação, em estudo realizado por Balamint e *et al* (2018), conclui-se que alguns fatores podem estar associados com a prevalência do aleitamento materno exclusivo nos prematuros, como estado civil, ocupação materna, consultas de pré-natal, tipo de gestação e parto, idade gestacional, peso ao nascer, uso de suporte ventilatório, tempo de internação em unidades neonatais e renda familiar. Logo, é necessário que as equipes de saúde, conheçam estes fatores e sejam capacitadas para promover, apoiar e proteger a alimentação ideal para os prematuros. Toda assistência prestada pela equipe é primordial não somente durante o tempo de permanência na instituição, mas para além da alta hospitalar como fazem em alguns poucos hospitais com a entrega de panfletos fabricados usando linguagem visual para facilitar o entendimento das informações no seu domicílio. A vulnerabilidade proporcionada pela prematuridade, é motivo de medo e angústia nos cuidados domiciliares pelos pais no pós alta, por isso trabalhos de educação em saúde têm impactado positivamente as famílias e facilitado no planejamento da alta hospitalar, apoiando e encorajando as famílias no retorno para casa. O que se nota é uma minoria de instituições que procuram colocar essas boas práticas como ação de cuidado em saúde e tratando-se especificamente nesse capítulo sobre a amamentação essa fica prejudicada havendo desmame precoce em grande parte dos bebês prematuros tanto no ambiente hospitalar quanto em seu lar (LIPNER; HURON, 2018; SILVA *et al*, 2020b; SIQUEIRA; FIORI; SILVA, 2023).

A produção do cuidado em saúde visa a cura, a promoção e a proteção da saúde, que impactarão nas necessidades de saúde dos usuários, aumentando seu grau de autonomia na vida (MEHRY, 2004).

## Considerações finais

Os profissionais de saúde, especificamente neste caso da UTIN, cuidam de seus pacientes com as ferramentas que possuem. Necessitam, para além de suas ações individuais e dentro de equipes multiprofissionais, de uma atuação junto às instituições a que pertencem. Como é possível defender aleitamento materno precoce e exclusivo, quando não há acolhida para a mãe, quando não há sequer lugar para que ela fique, quando não há permissão para a entrada dos pais em qualquer horário?

Considerando-se a necessidade do aumento das taxas de amamentação entre os prematuros na UTIN e no período após a alta, observa-se que, além do cumprimento das propostas da Iniciativa Hospital amigo da Criança (IHAC), é necessário viabilizar a presença dos pais nas unidades, especialmente as mães, de modo digno e ininterrupto.

As transferências entre estabelecimentos de saúde, que geram separação precoce entre mãe e bebê, precisam ser acompanhadas e avaliadas pelos gestores da saúde, de modo a evitar transferências desnecessárias e, quando estas forem inevitáveis, propiciar o encontro entre mãe e filho o mais rápido possível.

As equipes de saúde necessitam de treinamento frequente em amamentação dos prematuros no contexto das unidades neonatais, logo em alguns estudos mães mencionaram a importância da rede de apoio para o aleitamento exclusivo. A ordenha do leite materno à beira do leito e a estocagem segura do leite ordenhado necessitam ser viabilizados nas unidades de internação de prematuros. O apoio do Banco de Leite Humano (BLH) deve ser buscado pelas unidades, principalmente sob a forma de parcerias, naquelas unidades que não são contempladas com o banco.

A aquisição do título Hospital Amigo da Criança deveria ser uma meta a ser alcançada pelas instituições materno-infantis, devido à contribuição comprovada da IHAC para o incremento nas taxas de

aleitamento materno na população atendida por instituições detentoras do título. Além disso, devido à sua relevância para a amamentação dos prematuros, o Método Canguru deveria ser instituído em todas as unidades materno-infantis.

A identificação dos determinantes de saúde no processo da alimentação do prematuro e o entendimento da magnitude destes determinantes neste processo podem atuar como uma ferramenta para a elaboração de ações visando a promoção da saúde destes pacientes e sua melhor qualidade de vida futura. Ressalta-se ainda que as instituições necessitam monitorar, dentro da legislação vigente no país, a presença da indústria alimentícia nas unidades materno-infantis e de terapia intensiva neonatais, de modo a coibir ações que interfiram na promoção e proteção ao aleitamento materno.

A formação do profissional de saúde que atuam em unidades materno-infantis necessita estimular a reflexão crítica sobre a amamentação e o desmame precoce dos prematuros, tendo em vista todas as vantagens da amamentação em um país marcado pelas desigualdades sociais e a possibilidade de amenizar as vulnerabilidades a que estes indivíduos estão expostos com a prática da amamentação. Outrossim, a formação do profissional de saúde deve enfatizar a produção do Cuidado com todas as suas complexas características, privilegiando a importância da interação entre os sujeitos, legitimando o usuário como um sujeito e objetivando a autonomia deste sujeito na vida.

## Referências

ADAMKIN, D. H.; RADMAAHER, P. G. Fortification of Human Milk in Very Low Birth Weight Infants (VLBW <1500 g Birth Weight). **Clinics in Perinatology**, [s. l.], v. 41, n. 2, p. 405–421, 2014. <https://doi.org/10.1016/j.clp.2014.02.010>.

- ARAÚJO, L. B. S. **Vulnerabilidades na Saúde Pública e Direitos Humanos**. [S. l.], v. III, 2022. ISSN: 2675-6595.
- AYRES, J. R. de C. M. **Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde**. Cien. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 63-72, 2001. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232001000100005/>.
- AYRES, J. R. de C. M. *et al.* O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p. 117-139.
- AYRES, J. R. de C. M. *et al.* Vulnerability, human rights, and comprehensive health care needs of young people living with HIV/AIDS. **American Journal of Public Health**, v. 96, n. 6, p. 1001-1006, jun. 2006. Disponível em: <https://ajph.aphapublications.org/doi/pdf/10.2105/AJPH.2004.060905>. Acesso em: 19 mai. 2019.
- BALAMINUT, T. *et al.* Aleitamento materno em prematuros egressos de hospitais amigos da criança do sudeste brasileiro. **Rev. Eletr. Enferm.** 2018; 20: v20a22. <https://doi.org/10.5216/ree.v20.50963>.
- BERTOLOZZI, M. R. *et al.* Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, [s. l.], v. 43, n. spe2, p. 1326–1330, 2009.
- BRASIL. Centro de Referência Nacional para Bancos de Leite Humano – Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Uso do Leite Humano Cru Exclusivo em Ambiente Neonatal. **Normas técnicas**. v. 1, n. 47, jun, 2018. Disponível em: [https://rblh.fiocruz.br/sites/rblh.fiocruz.br/files/usuario/8/norma\\_tecnica\\_47.18\\_-\\_portugues.pdf](https://rblh.fiocruz.br/sites/rblh.fiocruz.br/files/usuario/8/norma_tecnica_47.18_-_portugues.pdf). Acesso em: 16 mai. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 930, de 10 de maio de 2012. **Portaria nº 930, de 10 de maio de 2012**. Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada

- ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário oficial da União**, Brasília, DF, 11 mai. 2012. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930\\_10\\_05\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930_10_05_2012.html). Acesso em: 18 mai. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria N° 1.153, de 22 de maio de 2014**. Redefine os critérios de habilitação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), como estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à saúde integral da criança e da mulher, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 mai. 2014a. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1153\\_22\\_05\\_2014.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1153_22_05_2014.html). Acesso em: 15 mai. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru: manual técnico**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Bases para a discussão da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Instrumentos de Autoavaliação Hospitalar Iniciativa Hospital Amigo da Criança**. Módulo 4. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b.
- BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis**. vol. 17, n. 1, 2007, p. 77-93. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>.
- BYDLOWSKI, C. R.; WESTPHAL, M. F.; PEREIRA, I. M. T. B. Promoção da Saúde. Porque sim e porque ainda não! **Saúde e Sociedade**. v. 13, n. 1, p. 14-24, 2004.

- CANDEIAS, N. M. F. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. **Rev. Saúde Pública**. v. 31, n. 2, p. 209-13, 1997.
- CARMO, M. E. Do; GUIZARDI, F. L. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 34, n. 3, 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X2018000303001&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2018000303001&lng=pt&tlng=pt). Acesso em: 4 jan. 2025. Doi: 10.1590/0102-311X00101417.
- CARRAPATO, P.; CORREIA, P.; GARCIA, B. Determinante da saúde no Brasil: a procura da equidade na saúde. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 26, n. 3, p. 676-689, 2017.
- CRUZ, A. A. M. B. Da *et al*. Fatores de natureza social associados ao risco de prematuridade em município paulista. **Acta Paulista de Enfermagem**, [s. l.], v. 36, p. eAPE00632, 2023. <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2023AO00632>.
- EICHENWALD, E. C. *et al*. Cloherty and Stark's Manual of Neonatal Care. 8. ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2017.
- FIGUEIREDO, A. C. B. *et al*. Aleitamento materno de prematuro: revisão integrativa de 2015 a 2020. **Research, Society and Development**, [s. l.], v. 11, n. 2, p. e22011225301, 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i2.25301>.
- FREITAS, B. A. C. *et al*. Duração do aleitamento materno em prematuros acompanhados em serviço de referência secundário. **Rev. Paul. Pediatr.**, v. 34. n. 2, p. 189-196, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rppede.2016.02.010>.
- GOMES, A. L. M. *et al*. Aleitamento materno de prematuros em hospital amigo da criança: da alta hospitalar ao domicílio. **Rev. Rene**. v. 18, n. 6, p. 810-817, 2017. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2017000600015>.
- LAMOUNIER, J. A. Aleitamento materno em prematuros: política pública na atenção primária. **Rev. Paul. Pediatr.**

- V. 34, n. 2, p. 137-138. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rppede.2016.03.011>.
- LEAL, M. C. *et al.* Provider-Initiated Late Preterm Births in Brazil: Differences between Public and Private Health Services. **PLoS One**, v. 11, n. 5, 2016. DOI: <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0155511>.
- LIPNER, H. S.; HURON, R. F. Developmental and Interprofessional Care of the Preterm Infant. **Pediatric Clinics of North America**, [s. l.], v. 65, n. 1, p. 135–141, 2018. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2017.08.026>.
- MERHY, E. E. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde? *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **SUS Brasil**: caderno de textos. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 108-137. Disponível em: <https://www.pucsp.br/prosaude/downloads/territorio/o-ato-de-cuidar.pdf/>. Acesso em: 19 mai. 2019.
- MINUZZI, C. V. S. *et al.* Fatores obstétricos e neonatais associados ao nascimento prematuro: uma coorte de cinco anos. **O Mundo da Saúde**, [s. l.], v. 47, 2023. Disponível em: <https://revistamundodasaude.emnuvens.com.br/mundodasaude/article/view/1473>. Acesso em: 4 jan. 2025. Doi: 10.15343/0104-7809.202347e1473 2023P.
- MOREIRA, T. B. *et al.* Vivência materna no contexto da amamentação do recém-nascido hospitalizado e submetido à intervenção cirúrgica. **Escola Anna Nery**, [s. l.], v. 24, n. 4, p. e20190281, 2020. Doi: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0281>.
- PAIVA, V. S. F.; AYRES, J. R. de C. M. Direitos humanos, vulnerabilidade e reflexão crítica sobre prevenção do HIV/aids em contexto de sindemia. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 39, n. suppl 1, p. e00186423, 2023. doi: 10.1590/0102-311XPT186423.
- PONTES, S. R. *et al.* Direitos protetivos à prática do aleitamento materno de mães de recém-nascidos prematuros: estudo

- transversal. **Revista Enfermagem UERJ**, [s. l.], v. 29, p. e61446, 2021. Doi: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2021.61446>.
- POSSAMAI, V. R.; SIQUEIRA, B. R. Bioética da proteção de Schramm e Kottow: princípios, alcances e conversações. **Revista Bioética**, [s. l.], v. 30, n. 1, p. 10–18, 2022. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422022301501PT>.
- RODRIGUES, C. A. B.; SCHRAMM, F. R. Bioética de proteção: fundamentos e perspectiva. **Revista Bioética**, [s. l.], v. 30, n. 2, p. 355–365, 2022. <https://doi.org/10.1590/1983-80422022302531PT>.
- ROSANELI, C. F. *et al.* Vulnerabilidades e violações dos direitos humanos a partir da carga global de doenças no Brasil: uma revisão integrativa. **Revista Iberoamericana de Bioética**, [s. l.], n. 26, p. 01–16, 2024. Doi: <https://doi.org/10.14422/rib.i26.y2024.002>.
- SILVA, A. C. P. *et al.* Fatores associados ao tempo e à frequência do aleitamento materno. **Revista de APS**, [s. l.], v. 24, n. 1, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/16429>. Acesso em: 26 dez. 2024. Doi: <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2021.v24.16429>.
- SILVA, R. M. M. Da *et al.* Care opportunities for premature infants: home visits and telephone support. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [s. l.], v. 28, p. e3308, 2020a. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3520.3308>.
- SILVA, R. M. M. Da *et al.* The vulnerabilities of premature children: home and institutional contexts. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s. l.], v. 73, n. suppl 4, p. e20190218, 2020b. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0218>.
- SIQUEIRA, D. S.; FIORI, H. H.; SILVA, E. F. da. Aleitamento materno de prematuros internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: uma coorte prospectiva. **Espaço para a Saúde – Revista de Saúde Pública do Paraná**, [s. l.], v. 24, p. 1–12, 2023. Doi 10.22421/1517-7130/es.2023v24.e935.

- SOARES, L. G. **Vivência da família na transição ecológica do prematuro da utero ao domicílio, com vistas ao desenvolvimento infantil**. 2020. [S. l.], 2020. Disponível em: <https://acervodigital.ufpr.br/handle/1884/68562>. Acesso em: 29 dez. 2024.
- SZYHTA, C. C. **Fatores de risco para óbito perinatal em gestantes de alto risco de um hospital terciário de Curitiba-PR: estudo caso-controle**. 2022. Doutorado em Epidemiologia – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2022. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6141/tde-09032023-160212/>. Acesso em: 4 jan. 2025.

# Empoderamento das pessoas em situação de rua para promoção do cuidado de si: desafio para saúde coletiva

*Giselle Lima de Freitas • Heloisa de Carvalho Torres •  
Alexandra Dias Moreira*

## **O processo saúde-doença e a produção do cuidado em saúde com a população em situação de rua**

O processo saúde/adoecimento foi discutido e interpretado de diferentes formas ao longo da história, sempre, buscando respostas que refletiam o contexto social, econômico, político e científico da época. A compreensão de que aspectos sociais estão relacionados ao processo saúde/adoecimento suplantou a interpretação mágica ou religiosa para explicar os fenômenos de adoecimento. Essa discussão também superou a lógica biologicista e mecanicista predominante na interpretação do processo saúde/doença (ROCHA; DAVID, 2015).

Considerando-se os fatores sociais como preditores significativos de saúde e doença, elementos além do setor saúde, como renda,

moradia, educação e lazer, tornam-se cruciais para compreender o modo de vida e adoecimento das pessoas (PITOMBEIRA; CONDE, 2020). Assim, reconhece-se a relação entre desigualdades sociais e saúde, que prejudica grupos vulneráveis, como a população em situação de rua (PSR), com impactos negativos em seus estados de saúde e no acesso a bens e serviços básicos (HINO *et al.*, 2021).

O fenômeno das pessoas vivendo nas ruas é antigo e complexo. No Brasil, suas raízes remontam à organização sociopolítica escravista, perpetuando a naturalização da pobreza e a disseminação da desigualdade. Grupos vulnerabilizados, como a PSR, enfrentam invisibilidade social e restrição de direitos (FIORATI *et al.*, 2016).

A Política Nacional para a População em Situação de Rua, instituída pelo Decreto nº 7.053 de dezembro de 2009, define PSR como um grupo populacional heterogêneo que compartilha pobreza extrema, vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a ausência de moradia convencional regular. A PSR utiliza logradouros públicos e áreas degradadas como espaços de moradia e sustento, temporária ou permanentemente, além de unidades de acolhimento (BRASIL, 2024).

De acordo com o Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania, no Brasil, os principais fatores que levam a esta situação incluem problemas familiares (44%), desemprego (38%), dependência de álcool e outras drogas (28%) e perda de moradia (24%). Em 2023, havia 221.113 pessoas em situação de rua no Brasil. Internacionalmente, os números variam significativamente (BRASIL, 2024).

É importante ressaltar que o conceito de PSR em diferentes países influencia os dados sobre a população em situação de rua, alguns são mais abrangentes, como o Brasil, e outros mais restritos, que consideram apenas as pessoas que dormem nas ruas, como o Reino Unido. Nos Estados Unidos, por exemplo, 653.104 pessoas estavam em situação de rua em 2023. No Japão, a situação é menos prevalente, com 3.448 pessoas identificadas. Já no Reino Unido, a crise habitacional é intensificada pelo alto custo de vida, com mais de 324.000

pessoas sem moradia. Essas realidades mostram como questões estruturais e culturais influenciam o problema em diferentes contextos.

Destaca-se que a população em situação de rua possui trajetórias de vidas distintas que influenciam o processo de adoecimento e a exposição à violência (VALLE; FARAH; JUNIOR, 2020). Com a Política Nacional da População em Situação de Rua, os direitos das pessoas em situação de rua passaram a constituir de forma significativa pauta para a administração pública. O decreto tem como princípios: respeito à dignidade da pessoa humana; direito à convivência familiar e comunitária; valorização e respeito à vida e à cidadania; atendimento humanizado e universalizado; e respeito às condições sociais e diferenças de origem.

A assistência social e em saúde à população em situação de rua ocorre, prioritariamente, por meio de ações higienizadoras ou assistencialistas, o que representa um desafio para a saúde coletiva, que busca considerar a pessoa em situação de rua como sujeito e produtora de cuidado de si em seu cotidiano. A produção do cuidado de si, diz respeito aos modos de condução do cuidado no cotidiano e cabe aos profissionais de saúde considerar os processos sociais e históricos definidos pelos agentes envolvidos (OLIVEIRA *et al.*; 2018).

Entretanto, questiona-se se a responsabilidade do Estado pela saúde da população tem sido negligenciada, dificultando a promoção da saúde entre populações em vulnerabilidade social, como as pessoas em situação de rua.

É necessário, portanto, inserir a pessoa em situação de rua em uma linha de cuidado em saúde e do próprio autocuidado, garantindo assistência adequada as mais variadas demandas, com atendimentos por diferentes serviços, considerando a intersetorialidade. Priorizar boas práticas e adaptações de ações de saúde pública em grupos e territórios de populações historicamente excluídas apoiará melhorias tangíveis na saúde, no bem-estar e no autocuidado desses e impulsionará o progresso em direção ao cumprimento das metas de saúde

dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) (PEREIRA; FREITAS; QUARESMA, 2022).

A investigação sobre o perfil da população em situação de rua é essencial para o reconhecimento de suas dificuldades e para a promoção de ajustamentos necessários ao empoderamento das práticas de autocuidado, com vistas à melhoria da qualidade de vida. Uma compreensão mais aprofundada da mudança comportamento desse grupo em relação ao processo saúde-doença e à produção do cuidado em saúde pode contribuir significativamente para a elaboração de técnicas educacionais de abordagem empoderadora e dialógica.

## **Empoderamento das pessoas em situação de rua para promoção das práticas de autocuidado**

Nesse contexto, destaca-se a importância do empoderamento nas práticas de autocuidado, o qual pode ser abordado de duas formas complementares. A primeira refere-se ao empoderamento como resultado, ou seja, quando as pessoas em situação de rua desenvolvem conhecimentos, habilidades e atitudes positivas que favorecem mudanças comportamentais, como a adoção de uma alimentação saudável e a prática de atividades físicas. A segunda forma envolve a elaboração de estratégias metodológicas fundamentadas no processo teórico-metodológico do empoderamento (CORTEZ *et al.*, 2018; MACEDO *et al.*, 2017).

O empoderamento é baseado nas necessidades e respostas das pessoas em situação de rua, empregando uma abordagem encorajadora e estimuladora. Esse processo inclui apoio na identificação de barreiras para o autocuidado e na implementação de planos de cuidados desenvolvidos em conjunto, por meio de trocas de conhecimento e colaboração (MACEDO *et al.*, 2017; ANDERSON *et al.*, 2010).

A autonomia da pessoa em situação de rua, representada pela capacidade de tomar decisões diárias relacionadas ao cuidado de sua

saúde, é um dos pilares do empoderamento. Nesse modelo, a pessoa assume a responsabilidade por suas escolhas e suas consequências, em um processo de corresponsabilização mediado pela comunicação efetiva entre o profissional e a pessoa em situação de rua.

O empoderamento é um processo de conquista de controle sobre a própria vida, envolvendo o desenvolvimento da capacidade inerente ao indivíduo para tomar decisões racionais e avaliar a eficácia dessas escolhas. No campo da educação popular em saúde, o empoderamento é uma estratégia central para promover mudanças comportamentais e incentivar a adesão às práticas de autocuidado (TORRES *et al.*, 2015).

O autocuidado abrange ações que as pessoas adotam para atender suas necessidades e melhorar seu bem-estar, como uma alimentação equilibrada, a prática de atividade física e a comunicação efetiva. Essa comunicação dialógica favorece a corresponsabilização e capacita as pessoas em situação de rua para autogerir sua saúde, identificando, enfrentando e superando problemas relacionados a suas condições de vida e saúde (NUNES *et al.*, 2021).

No contexto da gestão de saúde para pessoas em situação de rua, o autocuidado é um componente essencial que lhes permite reconhecer sintomas e adotar estratégias adequadas para a promoção do cuidado em saúde. A autogestão, frequentemente vinculada ao conceito de autocuidado, inclui habilidades, comportamentos e atividades necessárias para lidar com condições de saúde.

Nesse sentido, a Teoria Social Cognitiva (TSC), proposta por Bandura, oferece uma abordagem relevante para o ensino-aprendizagem. Essa teoria valoriza o protagonismo, a motivação e a interação entre indivíduos, centrando-se no estabelecimento de objetivos claros (BANDURA, 2004; BANDURA, 2005). Um dos conceitos-chave da TSC é a autoeficácia, definida como a crença na própria capacidade de organizar e executar ações de autocuidado. O aumento da autoeficácia, promovido pela aquisição de novos conhecimentos, eleva a motivação pessoal e favorece a prática efetiva do autocuidado.

Compreender as crenças relacionadas ao processo saúde-doença e como essas crenças influenciam as práticas da população em situação de rua é essencial para o desenvolvimento de práticas educativas empoderadoras e dialógicas. Tais práticas podem ressignificar crenças limitantes, construir novos saberes e promover transformações que superem barreiras ao autocuidado (BANDURA, 1977; 2004).

A educação popular em saúde constitui uma estratégia eficiente para grupos sociais vulneráveis, como a população em situação de rua, ao facilitar a compreensão do processo saúde-doença e de sua determinação social. A partir dessa compreensão, os indivíduos tornam-se mais aptos a exigir melhores condições de vida, saúde e trabalho, contribuindo para uma maior equidade social (PEKELMAN, 2008; ALMEIDA; TRAPÉ; SOARES, 2013).

## **A educação popular em saúde como estratégia para promoção do cuidado de si na população em situação de rua**

A Educação Popular em Saúde (EPS) é uma abordagem teórico-metodológica que orienta práticas educativas e, no campo da saúde coletiva, tem promovido importantes movimentos de inclusão social, redução de iniquidades e estímulo ao protagonismo dos cidadãos (BRITO *et al.*, 2024). A EPS favorece a compreensão da realidade sobre saúde e meio ambiente, impulsionando atitudes éticas, políticas, sociais e transformadoras na população (FLISCH *et al.*, 2014).

No Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS-SUS), instituída pela Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013, fundamenta-se na pluralidade de saberes dos indivíduos e coletividades. A PNEPS-SUS baseia-se no diálogo, na amorosidade, na problematização, na construção compartilhada do conhecimento, na emancipação e no compromisso com

o projeto democrático e popular, reforçando a participação social na saúde (Brasil, 2013).

A partir da década de 1970, surgiram teorias críticas que contrastam com o modelo hegemônico de educação em saúde, caracterizado por posturas normativas, hierarquizadas e prescritivas, nas quais os indivíduos são vistos como agentes passivos na obtenção do conhecimento e responsáveis únicos por suas condutas (ALMEIDA; SOUZA, 2017).

Paulo Freire foi pioneiro na sistematização teórica da Educação Popular emancipatória, dialógica e problematizadora. Para ele, a interação entre os sujeitos no ensino-aprendizagem deve ser baseada na troca contínua de saberes. Na saúde coletiva, a educação deve ser socialmente determinada, acompanhando o enfoque técnico com uma visão crítica frente aos problemas sociais: “uma educação para a decisão, para a responsabilidade social e política” (FREIRE, 1967).

Sob essa ótica, a construção do conhecimento deve ser colaborativa e horizontal (ARJONA *et al.*, 2024). A EPS se alinha a essa perspectiva ao promover uma prática que envolve tanto usuários dos serviços de saúde quanto profissionais, fomentando a construção compartilhada de entendimentos sobre saúde e mundo, permitindo o empoderamento e o cuidado de si (CRUZ *et al.*, 2024).

Estratégias eficazes de educação em saúde, como rodas de conversa, mobilizam pessoas em situação de rua em um espaço democrático de troca de experiências. Essas ações demandam estímulos por parte dos profissionais, como perguntas ou o uso de ilustrações, para incentivar a participação ativa (CRUZ *et al.*, 2024). No contexto da população em situação de rua (PSR), é essencial considerar suas singularidades, necessidades, valores e crenças na formulação de práticas educativas.

A EPS fortalece vínculos entre profissionais de saúde e a comunidade, valorizando vozes marginalizadas (BRITO *et al.*, 2024). Para a PSR, ferramentas de educação em saúde e incentivo ao autocuidado ampliam o acesso aos serviços, promovem a prevenção de doenças, a

saúde e a conscientização sobre direitos sociais, com suporte na organização da Atenção Primária à Saúde (APS).

A APS oferece um espaço privilegiado para ações educativas que promovem autonomia e consciência de direitos. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) desempenha papel central ao integrar cuidados às condições sociais e determinantes do processo saúde-doença. Equipes da ESF são essenciais para ações alinhadas ao contexto dos usuários e à coordenação de cuidados.

Estudos apontam que as demandas da PSR incluem saúde mental, abuso de drogas e doenças infectocontagiosas (LAURA *et al.*, 2021). Agentes Comunitários de Saúde (ACS) são fundamentais para mapear esses indivíduos, promovendo acolhimento e planejamento de ações proativas (LAURA *et al.*, 2021).

Visitas ao território, realizadas por equipes das Unidades Básicas de Saúde (UBS), são cruciais para o cuidado em saúde da PSR, permitindo a adaptação de metodologias às suas condições sociais e aos determinantes sociais da saúde (LAURA *et al.*, 2021). A EPS promove inclusão social, autocuidado e acesso ampliado aos serviços, contribuindo para a prevenção de doenças e a reabilitação.

Além das questões de saúde, a PSR enfrenta violência, preconceito, dificuldades de acesso e desafios relacionados à higiene pessoal (VALLE; FARAH; JUNIOR, 2020). A intersectorialidade e a interdisciplinaridade são indispensáveis para ações efetivas de promoção do autocuidado e qualidade de vida.

A Educação Popular em Saúde direcionada à promoção de estilos de vida saudáveis deve ser adaptada de acordo com as necessidades da pessoa em situação de rua, levando em consideração suas condições social, econômica e cultural.

## Considerações finais

Fatores como moradia, saneamento, renda, trabalho, meio ambiente e acesso a bens e serviços refletem diretamente no processo saúde-doença e no cuidado de si. As desigualdades sociais afetam gravemente a PSR, limitando seu acesso à saúde e serviços essenciais.

É imperativo investir em políticas públicas que concretizem os direitos da PSR, promovendo sua reinserção social e adaptando ações de saúde pública às suas necessidades.

## Referências

- ANDERSON, R. M. Funnell, Patient empowerment: myths and misconceptions, **Patient Educ. Couns.** 79 (3) (2010) 277–282, doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2009.07.025>.
- BANDURA, A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. **Psychol. Rev.** 84 (2) (1977) 191–215, doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0033295X.84.2.191>.
- BANDURA, A. Health promotion by social cognitive means – Health Education & Behavior. **Health Educ. Behav.** 31 (2) (2004) 143–164, doi: <http://dx.doi.org/10.1177/1090198104263660>.
- ALMEIDA, A. H. A.; TRAPE, C. A.; SOARES, C. B. Educação em saúde no trabalho de enfermagem. In: SOARES, C. B.; CAMPOS, C. M. S. (org.). **Fundamentos de saúde coletiva e o cuidado de enfermagem**. 1. ed. São Paulo: Manole, 2013. p. 293–322.
- BRASIL. **Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009**. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 dez. 2009. Disponível em: <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=DEC&numero=7053&ano=2009&ato=b99Mz-ZE5eVpWT33d>. Acessado em: 03 nov. 2024.

- BRASIL. **Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013**. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 19 nov. 2013. Seção 1, p. 20.
- BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. **População em situação de rua**: diagnóstico com base nos dados e informações disponíveis em registros administrativos e sistemas do governo federal. Brasília: MDHC, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/ptbr/assuntos/noticias/2023/setembro/mdhc-lanca-relatorio-sobre-pessoas-em-situacao-de-rua-no-brasil-estudo-indica-que-1-em-cada-milbrasileiros-nao-tem-moradia>. Acesso em: 3 nov. 2024.
- BRITO, P. N. A. *et al.* O que se tem discutido sobre Educação Popular em Saúde nos últimos anos: uma revisão narrativa da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 29, n. 6, e12542023, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232024296.12542023>.
- CRUZ, P. J. S. C. *et al.* Educação popular em saúde: princípios, desafios e perspectivas na reconstrução crítica do país. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação [online]**, v. 28, e230550, [Acessado em: 17 dez. 2024]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.230550>. ISSN 1807-5762.
- FARHA, L. Housing, land, and property: “a new consensus” on homelessness and the right to housing. **International Journal of Homelessness**, [s. l.], v. 1, n. 1, p. 31-40, 2021. Disponível em: <https://ojs.lib.uwo.ca/index.php/ijoh/article/view/13629/11485>. Acessado em: 4 nov. 2024.
- FIORATI, R. C.; CARRETTA, R. Y. D.; KEBBE, L. M.; CARDOSO, B. L.; XAVIER, J. J. S. As rupturas sociais e o cotidiano de pessoas em situação de rua: estudo etnográfico. **Rev. Gaúcha Enferm.** 2016; 37(esp): e72861. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.esp.72861>.
- FLISCH, T. M. P. *et al.* Como os profissionais da atenção primária percebem e desenvolvem a Educação Popular em Saúde?

- Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 18, p. 1255-1268, 2014.
- FREIRE, P. **Educação como prática de liberdade**. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra, 1967.
- GAZZINELLI, M. F. *et al.* Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, p. 200-206, 2005.
- HINO, P.; YAMAMOTO, T. T.; BASTOS, S. H.; *et al.* Tuberculose na população de rua: revisão sistemática. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 55, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/SYHGScYYH6kJZNxqsJZbqZF/?lang=pt>.
- LAURA, C. *et al.* Cuidados primários em saúde na atenção à população em situação de rua. **Revista de Atenção à Saúde**, v. 19, n. 67, 2021.
- MACEDO, M. M. L.; REIS, I. A.; CORTEZ, D.; SANTOS, J. C.; TORRES, H. C. Adesão e empoderamento de usuários com diabetes Mellitus para práticas de autocuidado: ensaio clínico randomizado. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 51, p. e03278-e03278, 2017.
- NIPPON Communications Foundation. Japan's International Migrant Population Hits Record High. **Japan's International Migrant Population Hits Record High**. [S. l.: s. n.], [20--]. Disponível em: <https://www.nippon.com/en/japan-data/h01323/>. Acesso em: 5 nov. 2024.
- NUNES, L. B.; SANTOS, J. C.; REIS, I. A.; TORRES, H. C. Atitudes para o autocuidado em diabetes mellitus tipo 2 na Atenção Primária. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 34, p. 1765-1769, 202[sic].
- OLIVEIRA, D. M.; EXPEDITO, A. C.; ALEIXO, M. T.; CARNEIRO, N. S.; JESUS, M. C. P.; MERIGHI, M. A. B. Needs, expectations and care production of people in street situation. **Rev. Bras. Enferm.** [Internet]. 2018; 71(Suppl 6): 2689-97. [Thematic

- Issue: Good practices in the care process as the centrality of the Nursing] DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0612>.
- PEREIRA, R. S. F.; FREITAS, G. L.; QUARESMA, F. R. P. Vulnerable populations in the context of a pandemic and health crises. **Rev. Bras. Enferm.** 2022(Suppl 2): e75Suppl201. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.202275Suppl201pt>.
- PITOMBEIRA, D. F.; CONDE, L. C. P. Pobreza e desigualdades sociais: tensões entre direitos, austeridade e suas implicações na atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva.** v. 25, n. 5, p. 1699–1708, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/hxkLHrVqkZ5Hy6ZVK9pZmtb/?lang=pt#>.
- ROCHA, P. R.; DAVID, H. M. S. Determinação ou Determinantes? Uma discussão com base na Teoria da Produção Social da Saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP** – 2015; 49(1): 129-135.
- TORRES, H. C.; REIS, A. R.; PAGANO, A. **Empoderamento do Pesquisador nas Ciências da Saúde.** 1. ed. Belo Horizonte: FALE/UFGM, 2015. v. 1. 250 p.
- UNITED KINGDOM. Department for Levelling Up, Housing and Communities. **Statutory homelessness in England: financial year 2023-24.** [S. l.: s. n.], [20--]. Disponível em: <https://www.gov.uk/government/statistics/statutory-homelessness-in-england-financial-year-2023-24/statutory-homelessnessin-england-financial-year-2023-24>. Acesso em: 4 nov. 2024.
- UNITED STATES. Department of Housing and Urban Development. **The 2023 Annual Homeless Assessment Report (AHAR) to Congress.** Part 1: Point-in-Time Estimates of Homelessness. [S. l.: s. n.], [20--]. Disponível em: <https://www.huduser.gov/portal/sites/default/files/pdf/2023-AHAR-Part-1.pdf>. Acesso em: 4 nov. 2024.
- VALLE, F. A. A. L.; FARAH, B. F.; JUNIOR, N. C. As vivências na rua que interferem na saúde: perspectiva da população em situação de rua. **Saúde Debate** | Rio de Janeiro, v. 44, n. 124, p. 182-192, JAN-MAR 2020. DOI: 10.1590/0103-1104202012413.

# Funcionalidade e cuidado à saúde da pessoa idosa: uma revisão integrativa

*Júlia Fabres do Carmo • Fabiola Fernandes Bersot Magalhães •  
Jandesson Mendes Coqueiro*

O envelhecimento populacional é uma tendência global que afeta os países em ritmos e níveis diferentes (ONU, 2017). No Brasil, a população idosa representa 15,8% da população total, o índice de envelhecimento do país em 2022 indicou que há 80 pessoas com 60 anos ou mais para cada 100 crianças de 0 a 14 anos (IBGE, 2023). A despeito do envelhecimento não ser sinônimo de incapacidades, é fato que interações de fatores biológicos, psicológicos e sociais ao longo da vida culminam em um estado de vulnerabilidade e maior risco de sofrer eventos como quedas, infecções, descompensação de doenças crônicas, entre outros (BRASIL, 2014; BRASIL, 2018).

Diante do envelhecimento da população, diversas políticas públicas estão sendo desenvolvidas com a intenção de direcionar o cuidado à pessoa idosa (BRAGA, 2016; OMS, 2015). A ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS) recomenda que os diversos sistemas de saúde pelo mundo se organizem com foco na capacidade funcional

(OMS, 2015). No Brasil, um marco normativo importante é a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) instituída em 2006, que entre outras questões, destaca a perda da capacidade funcional como o principal problema que pode afetar a saúde da pessoa idosa (BRASIL, 2006).

A capacidade funcional pode ser definida como habilidades físicas e mentais necessárias para realização de atividades da vida diária (AVD). Para a PNSPI o conceito de saúde para pessoa idosa se traduz mais pela condição de autonomia e independência do que pela presença ou ausência de doença (BRASIL, 2006). Após sua publicação, outros documentos oficiais, como o Caderno de Atenção Básica que trata do envelhecimento e saúde da pessoa idosa (BRASIL, 2007) e as Orientações técnicas para a implementação de Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2018) reafirmaram a capacidade funcional como um novo paradigma de saúde, em que a independência e a autonomia são metas a serem alcançadas na atenção à saúde da pessoa idosa (BRASIL, 2007).

Um modelo contemporâneo de saúde do idoso deve pressupor uma rede articulada, baseada na integralidade do cuidado, com protagonismo do profissional de saúde de referência e sua equipe, gerenciando o indivíduo em vez da doença e realizando o monitoramento frequente pautado na avaliação funcional (VERAS, 2024; 2022). Embora o modelo de atenção à saúde da pessoa idosa baseado no paradigma da capacidade funcional seja amplamente defendido por documentos oficiais nacionais (BRASIL, 2006, 2007, 2018) e também por organismos internacionais de saúde (OPAS, 2020) o cotidiano do cuidado no Brasil permanece em um modelo assistencial obsoleto, centrado na doença (VERAS, 2024).

Para cumprir com o objetivo deste capítulo, o modelo de atenção à saúde pode ser compreendido como em um determinado contexto histórico-social são organizados os serviços de saúde, as práticas e os valores que orientam o modo como a sociedade define saúde

(FERTONANI, 2015). A PNSPI ressalta que o modelo de atenção à saúde baseado na assistência médica individual não se mostra completamente eficaz e propõe que a atenção à saúde da pessoa idosa deve ser estruturada nos moldes de uma linha de cuidados, com foco na pessoa idosa e sua família, levando em consideração elementos históricos do sujeito, seus recursos individuais e sociais. As intervenções devem ser feitas com vistas à promoção da autonomia e independência, e para isso um dos instrumentos imprescindíveis é a avaliação funcional individual e coletiva. De acordo com a condição funcional serão estabelecidas ações de cada nível de atenção, que devem atuar de forma a garantir a integralidade, por meio do estabelecimento de fluxos, com abordagem multiprofissional e interdisciplinar (BRASIL, 2006).

Considerando a funcionalidade como um valor fundamental para saúde da pessoa idosa, que deve orientar o modo de organizar e de fazer saúde para essa população, o objetivo desta revisão é compreender, a partir das produções científicas brasileiras, a interface entre o paradigma da funcionalidade e o modelo de cuidado ao idoso.

## **Metodologia**

Trata-se de uma revisão integrativa da produção científica brasileira (artigos, teses e dissertações) sobre o conceito da funcionalidade e o modelo de atenção à saúde do idoso brasileiro. A abordagem metodológica desta revisão integrativa seguiu os estágios descritos por Whittemore e Knaf's. (1) Identificar o problema, garantindo que a questão e o objetivo estejam claramente definidos; (2) Pesquisar a literatura, por meio de uma estratégia de busca bem definida; (3) Avaliar os dados, focando na autenticidade, qualidade metodológica, valor das informações e representatividade das fontes; (4) Analisar os dados, etapa destinada a ordenar, codificar, comparar e categorizar os dados; (5) Apresentação dos resultados de forma

lógica, descrevendo as limitações e os impactos da revisão para a prática e para pesquisa (HOPIA; LATVALA; LIIMATAINENH, 2016; WHITTEMORE, 2005)

A questão norteadora foi orientada a partir da estratégia PICO, que representa um acrônimo para Paciente, Intervenção, Comparação e “Outcomes” (desfecho) (METHELEY, 2014). Nesse sentido, para este estudo o acrônimo determinado foi: P – Idoso, I – Capacidade Funcional, C – não se aplica, O – Modelos de Assistência à Saúde. Sendo assim, estabeleceu-se a seguinte pergunta norteadora: Como o paradigma da capacidade funcional influencia o modelo de assistência à saúde da população idosa brasileira?

Com base na questão norteadora, definiram-se os critérios de inclusão: artigos, dissertação e teses publicados no Brasil entre 2006 (ano da publicação da PNSPI) a 2023, disponíveis eletronicamente (disponível online) na íntegra nos idiomas inglês, português ou espanhol, que abordassem o tema da funcionalidade e também do modelo de atenção à saúde do idoso no Brasil. Como critérios de exclusão artigos que associaram a capacidade funcional a outros desfechos, que trouxeram apresentação do mesmo estudo só que com análises de dados diferentes, aqueles realizados em clínicas universitária e ou que apresentem modelo conceitual de cuidado mas que não apresentem o resultado da aplicabilidade na população.

A busca pelas produções científicas aconteceu nos meses de agosto até novembro de 2024 e foi realizada nas seguintes bases de dados: Medical Literature Analysis and Retrievel System Online (Medline via PubMed), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (Scielo). Foram selecionados os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): “idoso”, “Classificação Internacional de Funcionalidade”, “Incapacidade e Saúde”, “Estado Funcional”, “Desempenho Físico Funcional”, “Atividades Cotidianas”, “Saúde do idoso”, “Modelos de Assistência à Saúde”, “Atenção à Saúde”, “Serviços de Saúde para Idosos”.

Foram realizadas estruturações específicas conforme as características de cada banco de dados. As estratégias de busca utilizaram os descritores acima, cruzados entre si por meio do operador booleano AND e OR, seguindo a lógica de que cada estratégia de busca contemplasse um termo relacionado à funcionalidade, outro ao idoso e o terceiro relacionado à assistência ou cuidados em saúde. Os termos foram usados em português ou seu correspondente no idioma inglês.

A estratégia de busca identificou inicialmente 994 produções, entre artigos, dissertações e teses. Além das bases de dados de publicações científicas indexadas, explorou-se a literatura em busca de documentos técnicos, para assim complementar o levantamento, com busca manual. Foram encontrados na base SCIELO 433 produções, na LILACS 278 e no PUBMED 283. Após leitura de títulos e dos resumos, foram selecionadas 112 produções para leitura na íntegra, sendo 71 produções do SCIELO (64 artigos originais, 5 artigos de opinião e 2 revisões integrativas); 32 produções na LILACS (23 artigos, 7 teses e 2 dissertações) e 9 produções no PUBMED (8 artigos originais e 1 artigo de revisão).

Após leitura na íntegra, restaram 26 produções científicas que responderam à questão norteadora, sendo uma dissertação e 25 artigos, compondo assim a amostra desta revisão. Após essa seleção, foi aplicado o instrumento de coleta de dados elaborado pelos autores, baseado no formulário validado por Ursi (2005), extraindo as seguintes variáveis: tipo de produção, tipo de periódico, ano da publicação, delineamento do estudo, objetivo, características da amostra, local do estudo, definição do termo capacidade funcional, instrumento utilizado para mensuração, modelo de cuidado ou ação de saúde proposta e resultados.

## Resultados / Discussão

Vinte e seis estudos compõem o total de produções científicas desta revisão, os dados bibliométricos estão sumarizados no quadro 1. Desse, cinco artigos e uma dissertação apresentaram ações em saúde em saúde baseados no paradigma da funcionalidade. Os vinte estudos restantes avaliaram a capacidade funcional de idosos em serviços de saúde, embora não descrevam sobre modelo de cuidado, a equipe de revisores entendeu que a avaliação funcional em serviço já é uma ação em saúde influenciada pelo paradigma da funcionalidade.

Quadro 1: Caracterização dos estudos incluídos

TÍTULO	ANO	LOCAL	OBJETIVO	PRINCIPAIS RESULTADOS
Programa Hospital Seguro para a Pessoa Idosa: estudo observacional do impacto na redução de declínio funcional.	2022	Hospital filantrópico na cidade de São Paulo – SP.	Descrever o programa hospital seguro para a pessoa idosa e avaliar os resultados iniciais de sua implantação.	A taxa de declínio funcional que era 17,2% no ano de implantação, caiu para 11,7% ( $p = 0,009$ ) no ano de consolidação das novas estratégias de cuidado.
O cuidado do idoso no contexto familiar: percepção da equipe de saúde da família.	2010	Estratégia de Saúde da família dos municípios da região metropolitana do Vale do Aço – MG.	Apresentar a experiência no cuidado domiciliário e as dificuldades, a partir da percepção dos profissionais de saúde da família.	O cuidado domiciliar foi realizado nos casos de estágio avançado de comprometimento da funcionalidade.

(continua)

TÍTULO	ANO	LOCAL	OBJETIVO	PRINCIPAIS RESULTADOS
A assistência suplementar de saúde e seus projetos de cuidado para com o idoso.	2008	Empresas operadoras de planos privados de saúde nas cidades do Rio de Janeiro e São Paulo.	Identificar e analisar práticas e atividades de atenção ao idoso no âmbito do sistema de saúde suplementar.	Seis empresas apresentaram ações específicas, entre elas: campanhas educativas, Centro de convivência, gerenciamento de crônicos e de riscos, visita domiciliar, monitoramento telefônico, avaliação geriátrica e assistência domiciliar de acordo com grau de dependência. Não foi identificada lógica de cuidado integral.
A modalidade de assistência centro-dia geriátrico: efeitos funcionais em seis meses de acompanhamento multiprofissional.	2007	Centro-Dia Geriátrico ligado a uma universidade federal da região metropolitana de São Paulo.	Descrever os efeitos de seis meses de assistência multiprofissional sobre a capacidade funcional de idosos atendidos em um Centro-Dia Geriátrico.	Observou-se diferença significativa entre a avaliação e a reavaliação da capacidade funcional global ( $p=0,019$ ) após a assistência multiprofissional recebida no Centro-Dia.

(continua)

TÍTULO	ANO	LOCAL	OBJETIVO	PRINCIPAIS RESULTADOS
Cuidado ao idoso frágil na atenção primária à saúde: programa mais vida. (dissertação)	2017	Centro de Referência em Assistência à Saúde do Idoso, Belo Horizonte/MG.	Analisar como ocorre o cuidado ao idoso frágil pelos profissionais das equipes de Estratégia Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família, a partir da implementação do plano de cuidados.	O cuidado mencionado pelos participantes perpassa pela demanda espontânea, consultas individuais agendadas, realização de grupos e visita domiciliar. Evidencia-se que o paradigma do tratamento agudo na APS é dominante.
Assistência domiciliar a idosos: fatores associados, características do acesso e do cuidado.	2010	Serviços de atenção básica à saúde da zona urbana de Bagé, RS.	Avaliar fatores associados à assistência domiciliar recebida pela população idosa e suas características, segundo modelos de atenção.	A Assistência domiciliar foi associada à incapacidade para as atividades da vida diária. A prevalência de assistência domiciliar foi de 4% nas áreas da atenção tradicional e de 10% nas áreas da ESF.
Capacidade funcional do idoso frequentador do programa saúde da família do bairro viveiros do município de Feira de Santana, Bahia.	2012	Estratégia Saúde da Família do bairro Viveiros do município de Feira de Santana – BA.	Verificar o nível de capacidade funcional do idoso.	A maioria dos idosos (52,9%) é totalmente independente para atividades básicas de vida diária, (32,4%) parcialmente independentes e (14,7%) são totalmente dependentes.

(continua)

TÍTULO	ANO	LOCAL	OBJETIVO	PRINCIPAIS RESULTADOS
Funcionalidade global e fatores associados em idosos acompanhados pela atenção domiciliar da Atenção Básica.	2021	Distrito sanitário no centro do município de Porto Alegre – RS.	Analisar a associação da funcionalidade global aos principais sistemas funcionais e as variáveis sociodemográficas de idosos.	O declínio na cognição e na Mobilidade esteve associado ao pior desempenho nas atividades básicas e instrumentais de vida diária. 46% dos idosos possuíam dependência para as atividades básicas.
Dependência funcional e fatores associados em idosos corresidentes.	2016	Unidade de Saúde da Família no município de Jequié – BA.	Estimar a prevalência e os fatores associados à dependência funcional dos idosos corresidentes.	Elevado nível de independência funcional: 94,2% independentes para as ABVD e 51,3%, independentes para as AIVD.
Capacidade funcional e fatores associados em idosos residentes em comunidade.	2019	Equipes de saúde da família em Recife – PE.	Estimar o nível de capacidade funcional, as doenças autorreferidas (DAR) e os fatores associados de idosos comunitários.	A diminuição da capacidade funcional foi mais evidente em idosos muito velhos, do sexo feminino, solteiros, não alfabetizados, que não trabalhavam e ganhavam até um salário-mínimo.

(continua)

TÍTULO	ANO	LOCAL	OBJETIVO	PRINCIPAIS RESULTADOS
Fatores associados à capacidade funcional de idosos adscritos à Estratégia de Saúde da Família.	2020	Estratégia Saúde da Família em Alfenas – MG.	Investigar a prevalência de declínio da capacidade funcional e seus fatores associados em idosos adscritos à Estratégia Saúde da Família.	Houve uma alta prevalência (57,6%) de declínio funcional. Fatores associados: idade mais avançada, ser do sexo feminino, maior número de medicamentos, sintomas depressivos, baixa força de preensão palmar e elevadas concentrações plasmáticas de sTNFR1.
Avaliação da incapacidade funcional e fatores associados em idosos.	2019	Centro de Referência à Saúde do Idoso localizado no norte do Estado de Minas Gerais.	Estimar a prevalência e os fatores sociodemográficos e de saúde associados à incapacidade funcional.	Verificou-se que 21,4% dos idosos apresentaram incapacidade funcional para as ABVD, enquanto 78,3% possuíam incapacidade na realização das AIVD.
Prevalência e fatores associados à capacidade funcional de idosos na estratégia saúde da família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil.	2014	Estratégia Saúde da Família no distrito de Grande Santos Reis, Montes Claros – MG.	Mensurar o nível de capacidade funcional de idosos e suas associações.	Aproximadamente um terço dos idosos (33%) apresentaram capacidade funcional não adequada. Que foi associada ao sexo feminino, ter mais que 70 anos de idade, renda de até dois salários-mínimos e menor tempo de escolaridade.

(continua)

TÍTULO	ANO	LOCAL	OBJETIVO	PRINCIPAIS RESULTADOS
Dependência Funcional em idosos assistidos por equipes da Estratégia Saúde da Família.	2019	ESF em Montes Claros – MG.	Avaliar a dependência funcional de um grupo de idosos assistidos por equipes da Estratégia de Saúde da Família.	A maior proporção da amostra foi considerada dependente para a realização de, pelo menos, uma AVD (57,0%).
Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade.	2014	ESF bairro Lourdes II em Montes Claros/MG.	Avaliar a capacidade funcional e analisar as características associadas à incapacidade dos idosos atendidos.	A maior proporção de idosos (61,9%) foi considerada independente quanto à capacidade funcional.
Estratégia saúde da família: relevância para a capacidade funcional de idosos.	2018	Equipe da Estratégia Saúde da Família da zona urbana, cidade de Taiobeiras, Norte de Minas Gerais.	Identificar a capacidade funcional de idosos com base no desempenho para as atividades básicas de vida diária.	Somente 6,9% dos avaliados possuíam algum grau de dependência. Aqueles com mais de 80 anos e que viviam sem companheiro (a) tiveram mais chances de apresentar níveis elevados de dependência funcional.

(continua)

TÍTULO	ANO	LOCAL	OBJETIVO	PRINCIPAIS RESULTADOS
Avaliação da capacidade funcional de idosos longevos amazônidas.	2019	Unidade Municipal de Saúde em Belém – PA.	Avaliar a capacidade funcional de idosos longevos amazônidas.	Apesar da idade avançada, os longevos ainda apresentaram capacidade funcional para o cotidiano, mesmo que necessitassem de supervisão para as tarefas de maior gasto energético.
Capacidade funcional de idosos atendidos em um programa do SUS em Belém (PA).	2013	Centro de Saúde de Belém – PA.	Avaliar fatores associados à capacidade funcional em idosos atendidos em um programa de saúde pública.	O pior desempenho da capacidade funcional ocorreu entre as mulheres, os mais velhos e aqueles de menor escolaridade, com queixa de dor nos joelhos, diagnóstico de catarata e autoavaliação de saúde ruim/regular.
Redução da capacidade funcional de idosos residentes em comunidade: estudo longitudinal.	2018	Estratégia Saúde da Família em Lafaiete Coutinho – BA.	Identificar a incidência e fatores de risco para a redução da capacidade funcional de idosos residentes em comunidade.	A incidência da redução de capacidade funcional foi de 15,3%. Entre os que se tornaram dependentes foi observada maior proporção de mulheres, com idade acima de 80 anos, que não sabem ler, de estado civil sem união, com renda per capita inferior a um salário-mínimo.

(continua)

TÍTULO	ANO	LOCAL	OBJETIVO	PRINCIPAIS RESULTADOS
Indicadores de incapacidade funcional e fatores associados em idosos: estudo de base populacional em Bagé, Rio Grande do Sul.	2017	Unidades básicas de saúde no modelo Estratégia Saúde da Família e modelo tradicional em Bagé – RS.	Estimar a prevalência de incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais diárias e os fatores associados em idosos.	A prevalência de incapacidade para atividades básicas foi de 10,6% e para atividades instrumentais, de 34,2%.
Fatores preditores para incapacidade funcional de idosos atendidos na atenção básica.	2017	Unidades Básicas de Saúde de Teresina -PI.	Avaliar os fatores preditores para incapacidade funcional de idosos atendidos na atenção básica	Quanto ao grau de dependência para Atividades Básicas, houve prevalência de idosos menos independentes para se vestir. Verificou-se que a incapacidade funcional para Atividades Básicas esteve associada à idade e à cor.
Capacidade funcional para atividades da vida diária de idosos da Estratégia de Saúde da Família da zona rural.	2016	Estratégia de Saúde da Família na zona rural de Pelotas – RS.	Descrever o perfil dos idosos, considerando a prevalência de capacidade funcional para as atividades básicas e instrumentais da vida diária.	A prevalência de capacidade para as atividades básicas da vida diária (ABVD) foi de 81,8% e para as instrumentais da vida diária (AIVD) 54,6%.

(continua)

TÍTULO	ANO	LOCAL	OBJETIVO	PRINCIPAIS RESULTADOS
Incapacidade funcional e fatores socioeconômicos e demográficos associados em idosos	2015	Estratégia Saúde da Família em Campina Grande/PB.	Verificar a incapacidade funcional e os fatores socioeconômicos e demográficos associados entre idosos.	A associação verificada neste estudo mostra-se como um norteador de ações em saúde, que devem ser dirigidas principalmente às mulheres idosas e aos idosos longevos, que são potencialmente mais predispostos a desenvolver incapacidades.
Fatores associados à capacidade funcional de idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família.	2014	Estratégias Saúde da Família (ESF) na região Norte de Bauru, no Estado de São Paulo.	Verificar o nível de capacidade funcional em indivíduos de 60 anos ou mais da Estratégia Saúde da Família.	Notou-se que 36,9% dos idosos eram dependentes nas atividades de vida diária e 51,0% nas atividades instrumentais de vida diária de vida dos idosos.
Perfil socioeconômico e demográfico e a capacidade funcional de idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família de Paranoá, Distrito Federal.	2013	Estratégia Saúde da Família (ESF) em Paranoá, Distrito Federal, Brasil.	Estabelecer o perfil socioeconômico, demográfico e funcional de idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família.	Houve manutenção principalmente das atividades básicas de vida diária, com pequeno percentual de comprometimento das atividades instrumentais de vida diária.

(continua)

TÍTULO	ANO	LOCAL	OBJETIVO	PRINCIPAIS RESULTADOS
Capacidade funcional de idosos atendidos em unidades básicas de saúde do SUS.	2013	Unidades Básicas de Saúde do município de Guarapuava-PR, Brasil.	Analisar a capacidade funcional dos idosos cadastrados nas Unidades Básicas de Saúde.	89,9% apresentaram algum grau de dependência, dos quais 70,8% apresentaram dependência leve. Os fatores associados foram grau de escolaridade, arranjo familiar, trabalho remunerado, local de residência, estado conjugal e renda familiar.

Vinte e um trabalhos tiveram como cenário a Atenção básica, seja no modelo Estratégia de Saúde da Família (ESF), seja em alguns casos no modelo tradicional. Dois estudos foram conduzidos na atenção especializada, uma pesquisa foi realizada em hospital filantrópico e, finalmente, um último abordou o sistema de saúde privado, ao avaliar seguradoras de saúde. Seguem os principais achados dessa revisão que foram divididos em dois eixos temáticos: Avaliação da Capacidade Funcional e Modelo de Atenção.

## **Avaliação da capacidade funcional da pessoa idosa**

A maioria dos estudos incluídos (vinte e dois) aplicou avaliação funcional, vinte com intenção de traçar o perfil da população idosa quanto a funcionalidade e dois com objetivo de avaliar o modelo de cuidado ofertado. Os instrumentos utilizados variaram, sendo que os mais utilizados foram as Escalas de Katz, Lawton & Brody, Índice de Barthel e também a Brazilian Older American Resources and Services Multidimensional Functional Assessment Questionnaire (BOMFAQ),

sendo a combinação dos instrumentos Katz e Lawton a preferida, encontrada em dez dos vinte e dois estudos avaliados.

A avaliação funcional, preconizada pela PNSPI, determina o comprometimento funcional e a necessidade de auxílio da pessoa idosa (BRASIL, 2007). É um subsídio essencial para o estabelecimento de um diagnóstico, um prognóstico e um julgamento clínico adequado, que servirá de base para as decisões sobre os tratamentos e cuidados necessários às pessoas idosas (BRASIL, 2007).

Nesse contexto, vinte estudos tiveram como objetivo aplicar a avaliação funcional em serviços de saúde e assim traçaram um perfil da população idosa. Desses, quatorze foram realizados na ESF, cinco em serviços de atenção básica em modelo tradicional e um em serviço de atenção especializada. Esse achado sinaliza o lugar que a Atenção Básica, em especial a Estratégia de Saúde da Família vem ocupando nos últimos anos na saúde da população idosa brasileira. De acordo com o Ministério da Saúde (2018), a Atenção Básica tem um papel fundamental na ordenação do cuidado à pessoa idosa, sendo uma atribuição deste nível de atenção à condução da avaliação funcional, que deve servir como base para disparar e coordenar o processo de cuidado integral.

Entre os vinte estudos mencionados, seis em suas conclusões defenderam a avaliação funcional como parte integrante da rotina dos serviços de saúde e a relacionam como um importante fator para subsidiar o planejamento de estratégias de cuidado ao idoso (PILGER *et al.*, 2013; MOREIRA *et al.*, 2020; BRITO *et al.*, 2015; SANTOS, GRIEP, 2013; PEREIRA *et al.*, 2017, AGUIAR *et al.*; 2019). Outros três estudos (BARBOSA, 2014; Silva 2018; MATOS *et al.*, 2018), apesar de não relacionarem diretamente a avaliação funcional com o cuidado, apontaram em suas conclusões a importância de implementar estratégias para preservar a funcionalidade dos idosos.

As estratégias de cuidado descritas são apresentadas de forma ampla, dentre elas, destacam-se: uso de instrumentos apropriados como meio de mensurar e classificar a funcionalidade do idoso,

intervenções terapêuticas promotoras de saúde para um envelhecimento sem muitas perdas funcionais, reconhecimento precoce de fatores associados à incapacidade e estratégias preventivas para manter a autonomia dos idosos. Uma escuta atenta e ampliada, ações direcionadas à saúde mental, exercícios físicos supervisionados e profissionais bem preparados na execução do plano de cuidado são também parte das propostas veiculadas direta e indiretamente a uma melhora na capacidade funcional (BARBOSA, 2014; MATOS *et al.*, 2018; MOREIRA *et al.*, 2020; SANTOS, 2013; PEREIRA *et al.*, 2017, AGUIAR *et al.*; 2019).

De fato, os estudos que conduziram avaliação funcional para traçar perfil e estratificação da funcionalidade da população idosa adscrita não tinham como objetivo descrever as estratégias de cuidado. Entre as amostras, somente seis estudos apresentaram tecnologias específicas de cuidado organizadas com base no paradigma da funcionalidade, e serão abordados na próxima seção.

## **Modelo de cuidado ao idoso**

As produções científicas analisadas nesta revisão apresentaram modelo de cuidado em vários níveis de atenção, como por exemplo o estudo de Apolinário *et al.* (2022) que desenvolveu um modelo de melhoria da atenção com foco na redução da taxa de declínio funcional dos idosos internados em um hospital filantrópico. O programa incluiu como estratégias de cuidado o rastreamento de fragilidade, a avaliação multidimensional, a formulação do Projeto Terapêutico Singular (PTS), a gestão de casos baseada no PTS e atuação de equipe multiprofissional. A gestão da alta, a integração com a rede assistencial e a implementação de protocolos também foram ferramentas utilizadas.

Veras *et al.* (2008) propuseram um modelo teórico para servir como base para avaliar as ações dos planos de saúde. O modelo aponta que as ações para o cuidado devem ser estratificadas em quatro

níveis, de acordo com o grau de funcionalidade do idoso: O nível 1, o grau de funcionalidade é independente, as ações propostas são de promoção da saúde, educação em saúde, monitoramento e detecção de risco de fragilização, que podem ocorrer em centros de convivência ou consultórios. No nível 2, o grau de dependência é leve e as ações propostas são de educação em saúde, assistência ambulatorial de baixa complexidade, reabilitação, visita domiciliar e gerenciamento de caso, que podem ocorrer em centro de convivência, consultórios, ambulatório ou domicílio. O nível 3 o grau de dependência é moderado, as ações propostas são de assistência ambulatorial ou domiciliar de média complexidade, abordagem gerontológica, reabilitação, assistência domiciliar e gerenciamento de caso, que podem ocorrer em ambulatório, consultórios, domicílio e centro de reabilitação. Já o nível 4, o grau de dependência é completo e as ações propostas são de assistência ambulatorial domiciliar geriátrica, atenção especializada para suporte nas atividades de vida diária, assistência hospitalar durante o dia, reabilitação, assistência domiciliar planejada e apoio aos cuidadores que podem ocorrer em ambulatório, centro-dia, hospital-dia, centro de reabilitação e domicílio.

Um Centro-Dia Geriátrico foi cenário do estudo de Franciulli *et al.*, 2007, que aplicaram um programa de intervenção baseado nas necessidades individuais do paciente. A funcionalidade foi mensurada antes e após seis meses de tratamento, realizado por equipe multidisciplinar, composta por médico, enfermeiro, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, assistente social, psicólogo, terapeuta ocupacional, odontogeriatra, auxiliar de enfermagem e cuidador. Cada idoso recebia um planejamento assistencial que poderia variar quanto à frequência e estratégias terapêuticas.

Três estudos abordaram o cuidado no âmbito da atenção básica, Borges *et al.*, 2010 partiram da percepção dos profissionais de saúde e elencaram ações de cuidado aos idosos com perda na funcionalidade, a saber: ações educativas como orientações aos idosos e familiares quanto ao uso de medicamentos, alimentação, conforto e higiene;

tratamento de feridas e prevenção de infecção; a modalidade de assistência por visita domiciliar acontecia somente para aqueles idosos acamados. Já Thumé *et al.*, 2010 ao comparar o modelo da ESF e o modelo tradicional encontrou que a prevalência da assistência domiciliar, caracterizada como um conjunto de serviços realizados por profissionais da área da saúde no domicílio, com o objetivo de oferecer suporte terapêutico ao idoso e à sua família foi maior entre os idosos cobertos pela ESF do que no modelo tradicional de atenção. A dissertação de Pereira (2017) analisou como ocorre o cuidado ao idoso frágil nas equipes de Estratégia Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Belo Horizonte(MG e concluiu que o cuidado perpassa pela demanda espontânea, consultas individuais agendadas, realização de grupos e visita domiciliar.

Os modelos propostos têm em comum ações de cuidado baseadas no grau de funcionalidade do idoso e também de acordo com o nível de atenção à saúde. Na atenção básica, o foco foi na capilaridade do cuidado com avaliação da funcionalidade da população adscrita, visitas domiciliares e grupos, já na atenção secundária o foco esteve na atuação de equipe multiprofissional e programas de intervenção baseado em avaliação funcional individual.

## **Considerações finais**

Evidencia-se que o paradigma da funcionalidade tem influenciado algumas práticas de cuidado ao idoso brasileiro nos últimos anos. É possível concluir que no nível da atenção básica a avaliação funcional vem sendo bastante utilizada, especialmente na estratégia de saúde da família, servindo para estabelecimento de diagnóstico e rastreio, além disso a realização de grupos com ações educativas e a visita domiciliar ao idoso com maior nível de dependência são práticas utilizadas. Nos estudos realizados em nível de atenção especializada, práticas como formulação do projeto terapêutico singular, gestão de casos, atuação

de equipe multiprofissional e implementação de protocolos são práticas de cuidado utilizadas.

Embora o uso do termo modelo tenha sido utilizado, a produção científica analisada trouxe na verdade exemplos de cuidado ao idoso pautadas no paradigma de funcionalidade, não existe um único modelo, até mesmo porque cada indivíduo é único e possui singularidade que convidam os serviços a pensar formas de se trabalhar a assistência. Nesse sentido, recomenda-se mais estudos que busquem detalhar as práticas de cuidado ao idoso, com vistas a trazer pistas para subsidiar a prática dos profissionais e serviços.

## Referências

- AGUIAR, B. M.; SILVA, P. O.; VIEIRA, M. A.; COSTA, F. M. da; CARNEIRO, J. A. Evaluation of functional disability and associated factors in the elderly. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 22, n. 2, e180163, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.180163>. Acesso em: 20 set. 2024.
- APOLINARIO, D. *et al.* Programa Hospital Seguro para a Pessoa Idosa: estudo observacional do impacto na redução de declínio funcional. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, n. 2, p. e00305620, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00305620>. Acesso em: 10 ago. 2024.
- ASSIS, V. G.; MARTA, S. N.; CONTI, M. H. S. D.; GATTI, M. A. N.; SIMEÃO, S. F. de A. P.; VITTA, A. D. Prevalência e fatores associados à capacidade funcional de idosos na Estratégia Saúde da Família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 17, n. 1, p. 153-163, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1809-98232014000100015>. Acesso em: 10 set. 2024.

- BARBOSA, B. R.; ALMEIDA, J. M. de; BARBOSA, M. R.; ROSSI-BARBOSA, L. A. R. Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 8, p. 3317-3325, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014198.06322013>. Acesso em: 12 ago. 2024.
- BORGES, M. M. M. de C.; TELLES, J. L. O cuidado do idoso no contexto familiar: percepção da equipe de saúde da família. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 13, n. 3, p. 349-360, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1809-98232010000300002>. Acesso em: 20 ago. 2024.
- BRAGA, P. P.; SENA, R. R.; SEIXAS, C. T.; CASTRO, E. A. B.; ANDRADE, A. M.; SILVA, Y. C. Oferta e demanda na atenção domiciliar em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 903-912, 2016.
- BRITO, K. Q. D.; MENEZES, T. N. de; OLINDA, R. A. de. Incapacidade funcional e fatores socioeconômicos e demográficos associados em idosos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 68, n. 4, p. 633-640, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680409j>. Acesso em: 15 ago. 2024.
- DRUMMOND, A.; ALVES, E. D. Perfil socioeconômico e demográfico e a capacidade funcional de idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família de Paranoá, Distrito Federal. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 16, n. 4, p. 727-738, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1809-98232013000400007>.
- FERNANDES, D. de S.; GONÇALVES, L. H. T.; FERREIRA, A. M. R.; SANTOS, M. I. P. de O. Functional capacity assessment of long-lived older adults from Amazonas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, p. 49-55, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0798>. Acesso em: 1 set. 2024.
- FERTONANI, H. P.; PIRES, D. E. P.; BIFF, D.; SCHERER, M. D. A. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro,

- v. 20, n. 6, p. 1869–1878, jun. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.13272014>. Acesso em: 1 set. 2024.
- FRANCIULLI, S. E.; RICCI, N. A.; LEMOS, N. D.; CORDEIRO, R. C.; GAZZOLA, J. M. A modalidade de assistência Centro-Dia Geriátrico: efeitos funcionais em seis meses de acompanhamento multiprofissional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 373-380, mar. 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000200013>. Acesso em: 1 set. 2024.
- HOPIA, H.; LATVALA, E.; LIIMATAINEN, L. Reviewing the methodology of an integrative review. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, v. 30, n. 4, p. 662-669, 2016.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Agência de Notícias**. Agência de Notícias. Rio de Janeiro: IBGE, 2023. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/38186-censo-2022-numero-de-pessoas-com-65-anos-ou-mais-de-idade-cresceu-57-4-em-12-anos>. Acesso em: 20 set. 2024.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo Demográfico 2022: população por idade e sexo – pessoas de 60 anos ou mais de idade. **Censo Demográfico 2022: população por idade e sexo – pessoas de 60 anos ou mais de idade. Resultados do universo Brasil, grandes regiões e unidades da federação.** [S. l.]: [s. n.], [2024]. Disponível em: [https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2024/07/1720455166\\_Censo\\_Demografico\\_2022\\_-\\_Populao\\_por\\_idade\\_e\\_sexo\\_-\\_Pessoas\\_de\\_60\\_anos\\_ou\\_mais\\_de\\_idade.pdf](https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2024/07/1720455166_Censo_Demografico_2022_-_Populao_por_idade_e_sexo_-_Pessoas_de_60_anos_ou_mais_de_idade.pdf). Acesso em: 1 set. 2024.
- MATOS, F. S.; JESUS, C. S. de; CARNEIRO, J. A. O.; COQUEIRO, R. da S.; FERNANDES, M. H.; BRITO, T. A. Redução da capacidade funcional de idosos residentes em comunidade: estudo longitudinal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 10, p. 3393-3401, out. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182310.23382016>. Acesso em: 1 set. 2024.

- METHLEY, A. M.; CAMPBELL, S.; CHEW-GRAHAM, C.; McNALLY, R.; CHERAGHI-SOHI, S. PICO, PICOS and SPIDER: a comparison study of specificity and sensitivity in three search tools for qualitative systematic reviews. **BMC Health Services Research**, v. 14, p. 579, 2014.
- MOREIRA, L. B. *et al.* Fatores associados à capacidade funcional de idosos adscritos à Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 6, p. 2041-2050, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.26092018>. Acesso em: 10 set. 2024.
- NUNES, J. D.; SAES, M. de O.; NUNES, B. P.; SIQUEIRA, F. C. V.; SOARES, D. C.; FASSA, M. E. G.; THUMÉ, E.; FACCHINI, L. A. Indicadores de incapacidade funcional e fatores associados em idosos: estudo de base populacional em Bagé, Rio Grande do Sul. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 26, n. 2, p. 295-304, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742017000200007>. Acesso em: 12 set. 2024.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório mundial de envelhecimento e saúde**. Genebra: OMS, 2015. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/186466>. Acesso em: 1 jun. 2024.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Atenção Integrada para a Pessoa Idosa (ICOPE)**: orientações sobre a avaliação centrada na pessoa e roteiros para a atenção primária. Washington, D.C.: OPAS, 2020. Disponível em: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51974/OPASFPLHL200004A\\_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51974/OPASFPLHL200004A_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y). Acesso em: 30 set. 2024.
- PEREIRA, L. C.; FIGUEIREDO, M. do L. F.; BELEZA, C. M. F.; ANDRADE, E. M. L. R.; SILVA, M. J. da; PEREIRA, A. F. M. Fatores preditores para incapacidade funcional de idosos atendidos na atenção básica. **Revista Brasileira de Enfermagem**,

- v. 70, n. 1, p. 112-118, jan. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0046>. Acesso em: 1 set. 2024.
- PILGER, C.; MENON, M. U.; MATHIAS, T. A. de F. Capacidade funcional de idosos atendidos em unidades básicas de saúde do SUS. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 6, p. 907-913, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000600015>. Acesso em: 1 set. 2024.
- PINTO JUNIOR, E. P.; SILVA, I. T. da; VILELA, A. B. A.; CASOTTI, C. A.; PINTO, F. J. M.; SILVA, M. G. C. da. Dependência funcional e fatores associados em idosos corresidentes. **Cadernos de Saúde Coletiva**, v. 24, n. 4, p. 404-412, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462X201600040229>. Acesso em: 1 out. 2024.
- PREDEBON, M. L.; RAMOS, G.; PIZZOL, F. L. F. D.; SANTOS, N. O. dos; PASKULIN, L. M. G.; ROSSET, I. Global functionality and associated factors in the older adults followed by Home Care in Primary Health Care. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 29, e3476, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.5026.3476>. Acesso em: 19 set. 2024.
- SANTOS, C. M. da C.; PIMENTA, C. A. de M.; NOBRE, M. R. C. The PICO strategy for the research question construction and evidence search. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 3, p. 508-511, jun. 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000300023>. Acesso em: 20 jun. 2024.
- SANTOS, M. I. P. de O.; GRIEP, R. H. Capacidade funcional de idosos atendidos em um programa do SUS em Belém (PA). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 3, p. 753-761, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000300021>. Acesso em: 1 set. 2024.
- SANTOS, P. O.; SILVA, I. S. da; SILVA, M. A. Capacidade funcional do idoso frequentador do Programa Saúde da Família do bairro Viveiros do município de Feira de Santana, Bahia.

- Acta Fisiátrica**, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 233-236, 2012. DOI: 10.5935/0104-7795.20120037. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/actafisiatrica/article/view/103728>. Acesso em: 4 dez. 2024.
- SILVA, C. S. de O. e; BARBOSA, M. M. S.; PINHO, L. de; FIGUEIREDO, M. F. S.; AMARAL, C. O.; CUNHA, F. O.; ALVES, E. C. S.; BARBOSA, D. A. Family health strategy: relevance to the functional capacity of older people. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, p. 740-746, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0078>. Acesso em: 1 set. 2024.
- SOARES, M. F. N.; MAIA, L. C.; COSTA, S. de M.; CALDEIRA, A. P. Functional Dependence among older adults receiving care from Family Health Strategy teams. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 22, n. 5, e190147, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.190147>. Acesso em: 1 set. 2024.
- THUMÉ, E.; FACCHINI, L. A.; TOMASI, E.; VIEIRA, L. A. S. Assistência domiciliar a idosos: fatores associados, características do acesso e do cuidado. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, n. 6, p. 1102-1111, dez. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102010005000038>. Acesso em: 10 out 2024.
- TRIZE, D. de M.; CONTI, M. H. S. de; GATTI, M. A. N.; QUINTINO, N. M.; SIMEÃO, S. F. A. P.; VITTA, A. de. Factors associated with functional capacity of elderly registered in the Family Health Strategy. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 21, n. 4, p. 378-383, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.590/1809-2950/13223421042014>. Acesso em: 20 set. 2024.
- UNDP; HELPAGE INTERNATIONAL; AARP. **Ageing, older persons and the 2030 agenda for sustainable development**. Nova York: United Nations, 2017.
- URSI, E. S. **Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa de literatura**. 2005. 130 f. Dissertação (Mestrado

- em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.
- VERAS, R. P. Modelo assistencial contemporâneo para os idosos: a premência necessária. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 27, p. e240038, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562024027.230038.pt>. Acesso em: 20 jul. 2024.
- VERAS, R. P.; CALDAS, C. P.; ARAÚJO, D. V.; MENDES, R. K. W. A assistência suplementar de saúde e seus projetos de cuidado para com o idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 4, p. 1119-1126, jul. 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000400018>. Acesso em: 1 jun. 2024.
- WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **Journal of Advanced Nursing**, v. 52, n. 5, p. 546-553, 2005.

# O cuidado às pessoas que vivem com dor crônica: apontamentos históricos

*Fabiola Fernandes Bersot Magalhães • Jandesson Mendes Coqueiro*

A dor é um dos principais impulsionadores das visitas aos serviços de saúde, um dos principais motivos para tomar medicamentos, uma das principais causas de incapacidade e um fator-chave na qualidade de vida e na produtividade dos indivíduos (INSTITUTE OF MEDICINE, 2011). É considerada uma experiência complexa e multifacetada que vai além do aspecto físico, envolvendo dimensões emocionais, sociais, culturais e existenciais. A dor crônica não representa apenas um sintoma persistente, com duração maior que 3 meses, mas sim, uma vivência que transforma profundamente a relação do indivíduo consigo mesmo e com o mundo (IASP, 2023).

A dor crônica sempre esteve presente como uma experiência humana comum. Atualmente, ela é reconhecida como um problema de Saúde Pública Global, afetando aproximadamente 30% da população mundial, com influências importantes na qualidade de vida das pessoas e gerando altos custos para os sistemas de saúde (IASP, 2023; WHO, 2023). A dor também é associada à menor produtividade e à

exclusão da força de trabalho, gerando um impacto ainda mais grave entre indivíduos com baixo nível socioeconômico e que trabalham em setores como agricultura e outros serviços (BRASIL, 2023). De acordo com a International Association for the Study of Pain (2023), é preciso considerar fatores biológicos, psicológicos e sociais para o manejo dessa condição de saúde, além de viabilizar investimentos em políticas públicas em prol do cuidado às pessoas que vivem com dor, principalmente de populações mais vulneráveis.

A edição mais recente da Classificação Internacional de Doenças (CID-11), aprovada pela ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS) em 2019, trouxe uma inovação significativa ao incluir, pela primeira vez uma categorização específica para a dor crônica. Essa inclusão reflete o reconhecimento global da dor crônica como uma condição de saúde relevante, complexa e variada, que exige abordagens específicas para seu diagnóstico e manejo (RAJA *et al.*, 2020).

No Brasil, o aumento das doenças crônicas não transmissíveis, juntamente com o crescente envelhecimento populacional apontam para um futuro com grande parte da população sendo afetada pela dor (BRASIL, 2023). A prevalência de dor crônica no país foi estimada em 45,59%, sendo 36,9% dos brasileiros com mais de 50 anos acometidos pela doença e a região lombar a área mais frequentemente afetada. Os grupos mais impactados incluem mulheres e idosos, que representam uma parcela expressiva dessa estatística. Entre as regiões do país, o Centro-Oeste apresenta os maiores índices de prevalência, seguido pelo Nordeste, Sul e Norte. A menor taxa é registrada no Sudeste, com 13,4% dos casos (AGUIAR *et al.*, 2021; LISBOA; LISBOA; SÁ, 2016; BRASIL, 2023).

Com relação ao conceito de dor, uma força tarefa com esse objetivo foi organizada pela IASP (2020), configurando uma produção coletiva com a reunião de um grupo de pesquisadores na temática que definiram dor como “uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada, ou semelhante àquela associada, a uma lesão tecidual real ou potencial” (RAJA *et al.*, 2020, p. 07). Essa compreensão é

hegemônica e aceita globalmente por profissionais de saúde e pesquisadores no campo da dor, sendo adotada por várias organizações profissionais, governamentais e não governamentais, incluindo a OMS.

No entendimento de Larossa (2002), o conceito de experiência refere-se àquela relação estabelecida do sujeito com o mundo e que permite um aprendizado que ultrapassa o técnico ou o objetivo. Trata-se de algo que envolve subjetividade e reflexão, podendo ser definida como aquilo que acontece e transforma o indivíduo, para além de uma mera vivência ou acontecimento. De natureza singular, a experiência que cada pessoa vivencia é única e sofre influência dos contextos, histórias de vidas e relações que a constituem.

A experiência da dor, para alguns, pode ser percebida como um fardo que limita as possibilidades de ação e interação com o mundo. Para outros, se mostra como um desafio que evoca resiliência e adaptação. Essa pluralidade de vivências é uma das características da complexidade na abordagem de uma pessoa que sofre de dor crônica e, permite compreender a importância de um cuidado multidisciplinar, num modelo biopsicossocial, que considere as narrativas pessoais e os significados atribuídos à dor, reconhecendo o sofrimento como uma experiência legítima.

A constituição da dor como objeto pelo modelo hegemônico de saúde contemporâneo tem como base uma construção histórica e epistemológica que carece de análise. Nesse ensaio, de cunho reflexivo, o objetivo é discutir os aspectos históricos do cuidado às pessoas que vivem com dor crônica, seguindo com um debate sobre a compreensão atual do cuidado em dor na Atenção Primária em Saúde (APS) e suas abordagens.

## **Retrospectiva conceitual do processo saúde-doença**

Saúde e doença constituem ideias dinâmicas que refletem as condições socioculturais de cada época na história. Na evolução conceitual,

trazem a construção de significações sobre a natureza, o corpo e suas estruturas e funções, relações corpo-espírito e ambiente-indivíduo, que se comportam de formas diferentes em suas narrativas para a história da medicina e, um exemplo desse percurso, são as concepções ontológicas e fisiológicas marcando épocas e pensamentos distintos (ALBUQUERQUE; OLIVEIRA, 2002).

A concepção ontológica compreende que ‘entidades’ externas ao corpo podem invadi-lo e se instalar em várias partes provocando alterações, o que configuraria doença. Esse entendimento não leva em consideração o tipo físico, modo de vida e relação com o meio ou personalidade do indivíduo, reduzindo a definição de doença ao comprometimento de órgãos e à necessidade de um diagnóstico exato a partir da identificação de partes específicas perturbadoras do todo. Essas ‘entidades’ se apresentam de maneiras distintas em cada povo e cultura da antiguidade, estando sempre relacionadas a um desequilíbrio causado por forças externas para além do controle humano, caracterizando sua independência em relação ao doente (ALBUQUERQUE; OLIVEIRA, 2002; PORTER, 1997).

Os povos antigos entendiam a doença como um fenômeno profundamente enraizado em explicações religiosas e sobrenaturais. Para os povos da Mesopotâmia, a doença era o resultado de transgressões humanas que ofendiam os deuses, sendo causada, portanto, como punição divina. De acordo com Bynum (2006, p. 17), “os sistemas médicos do antigo Oriente Próximo – Egito, Síria, Mesopotâmia, Babilônia – combinavam teologia e cura. O padre-médico era uma figura comum.” Essas civilizações não separavam o mundo físico do mundo espiritual e associavam a enfermidade a uma profunda relação entre eles revelando uma característica holística ao processo adoecedor do indivíduo (PORTER, 1997).

Para os egípcios, a doença era frequentemente interpretada como o resultado de um desequilíbrio entre o corpo, os deuses e o cosmos trazendo uma conexão direta e profunda da medicina com religião e magia (PORTER, 1997). Acreditavam que a dor era sentida no

coração, associando o estado de saúde ou doença ao equilíbrio dos fluidos corporais, um conceito central na medicina praticada durante a era faraônica. Essa visão reflete a tentativa inicial de compreender a dor dentro de uma perspectiva simbólica e fisiológica, integrando crenças espirituais e práticas médicas rudimentares (RAJA *et al.*, 2020).

Essa mistura de medicina mágico-religiosa também foi parte do panorama grego durante o período hipocrático (BYNUM, 2006), entretanto, esse sistema de pensamento e práticas médicas que floresceu na Grécia Antiga, cerca de 400 anos A.C. faz parte do entendimento da concepção fisiológica e, de acordo com Albuquerque e Oliveira (2002), caracteriza uma ruptura em relação à medicina da Mesopotâmia e do Egito. Essa concepção fisiológica remete-se à Hipócrates, pois compreende que a origem das doenças possui causas naturais e não mais acometimentos espirituais, provocados por demônios ou deuses, como se pensava. Afasta-se, portanto, do misticismo e do endeusamento e fundamenta-se na observação objetiva e no raciocínio dedutivo.

Os atributos da medicina hipocrática se repercutem na medicina científica moderna, sobretudo, esse naturalismo latente (BYNUM, 2006), num entendimento que foca no indivíduo como um todo e considera que seu bem estar está sob a influência do ambiente que o cerca, isto é, o ar, a água, os locais que frequenta e a alimentação. Sendo assim, é Hipócrates que traz a importância de não relacionar a doença a perturbações de órgãos corporais específicos, já que ela pode ser o resultado de um desequilíbrio no organismo dos humores corporais, à época: sangue, fleuma, bile amarela e bile negra, sendo, portanto, devido a interferências internas e externas como o ambiente, o estilo de vida e às condições climáticas que as doenças se manifestariam (ALBUQUERQUE; OLIVEIRA, 2002; PORTER, 1997).

Assim, ao discutir o impacto da concepção fisiológica no pensamento médico ocidental, Porter (1997; 2004) esclarece que esse modelo fundamentou uma prática médica que valorizava um

diagnóstico clínico a partir de observações detalhadas, um prognóstico fundamentado em dados objetivos e a importância da relação entre o sujeito e seu ambiente, marcando o início de uma abordagem técnica, racional e científica na medicina.

A orientação científica do séc. XVII surgiu com os filósofos Galileu, Descartes, Newton, entre outros, e foi pautada na interpretação do mundo como máquina, evidenciando uma visão mecanicista e reducionista do Homem e da Natureza. Essa ideia de mundo semelhante às máquinas formadas por um conjunto de peças foi generalizada aos seres vivos e Descartes foi seu principal representante comparando o corpo humano a um modelo mecânico – o relógio, e seu funcionamento sendo estabelecido pelas leis da matemática. Inaugurando o racionalismo moderno, Descartes estendeu a precisão dos cálculos e da lógica aos problemas humanos, instituindo o pensamento cartesiano na saúde (ALBUQUERQUE; OLIVEIRA, 2002).

O modelo biomédico, hegemônico no campo da saúde a partir do séc. XX, baseou-se, em grande parte, numa visão cartesiana do mundo impulsionado por esse tipo de pensamento. Este modelo traz em concepção um perfil reducionista no cuidado em saúde por se concentrar exclusivamente nos aspectos biológicos do indivíduo, ignorando a influência dos contextos social, cultural, econômico, educacional etc., na relação saúde-doença. Dessa forma, apresenta um cuidado puramente tecnicista que preconiza a “doença” como foco principal do tratamento, favorecendo uma prática fragmentada e instrumentalizada que distancia o sujeito do seu processo de doença (TESSER, 2009).

Em suma, há uma tendência em reduzir questões complexas do indivíduo a aspectos puramente moleculares ou genéticos, negligenciando a interação sujeito-meio, o que configura a instauração de uma postura utilitarista e reducionista que permeia grande parte de nossa ciência até os dias de hoje, em que as ações de recuperação e reabilitação são priorizadas em detrimento das ações de promoção e proteção à saúde (MELO *et al.*, 2013).

Nas décadas de 1960 e 1970 e em resposta às limitações do modelo biomédico, ganha forma o modelo biopsicossocial proposto por George L. Engel (1977) em seu artigo “*The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine*” e começa a se consolidar entre profissionais da saúde. Nessa abordagem, o ponto de partida do atendimento clínico é a pessoa, e não a doença, o papel do profissional médico foi redefinido e a compreensão da doença é ampliada para uma perspectiva multidimensional. Assim sendo, deve-se assumir e incluir, como determinantes igualmente importantes dos fenômenos da saúde e do adoecer, os fatores psíquicos e sociais (RIBEIRO; AMARAL, 2008; ENGEL, 1977).

## **O resgate corpo-mente-social no entendimento da dor e na produção do cuidado**

Em contraste com o modelo biomédico e, no intuito de atender a uma nova demanda cujo objetivo não é apenas tratar as doenças, mas também garantir maiores níveis de saúde (CASTANEDA, 2019), o modelo biopsicossocial vem trazer para o cuidado “*o resultado de uma complexa interação entre variáveis biológicas, psicológicas e sociais*” (CRUZ, 2011, p. 13), sendo essa relação atravessada por diversos outros fatores e responsável por modular a experiência da dor e resposta do sujeito (CRUZ, 2011).

Foi no final do século XIX, com o surgimento da teoria psicanalítica, que fatores emocionais, características individuais e conflitos psicológicos começaram a ser relacionados à dor. Com a evolução da ciência e a conhecida transição epidemiológica, expandiu-se consideravelmente o leque de possibilidades e complexidade dos fatores influenciadores da dor, e as dimensões psíquicas, sociais e espirituais passaram a ser considerados importantes mediadores desse sintoma (CRUZ, 2011; CORGOZINHO *et al.*, 2020).

De fato, a complexidade da compreensão da experiência e comunicação da dor faz com que se questione a presença de outros fatores relacionados aos sintomas dolorosos que não estão intimamente ligados ao grau de doença física. Por exemplo, é relevante elencar os determinantes comportamentais e as tecnologias disponíveis em cada ponto de atenção das linhas de cuidado de um tratamento para essa afecção (CASTANEDA, 2019; Cruz, 2011).

É na perspectiva do pensar e fazer saúde que se estabelecem conceitos de cuidado. De acordo com o senso comum, o conceito de cuidado se dá pelo conjunto de procedimentos, recursos e medidas terapêuticas que tecnicamente são orientados para um tratamento (AYRES, 2004). No entanto, de uma forma mais filosófica, o cuidado pode ser compreendido como *“uma interação entre dois ou mais sujeitos visando o alívio de um sofrimento ou o alcance de um bem-estar, sempre mediada por saberes especificamente voltados para essa finalidade”* (AYRES, 2004, p. 74).

Mehry (2004, p. 04) destaca que o cuidado se dá através de um trabalho vivo em ato, na relação entre duas pessoas, *“que atuam uma sobre a outra, no qual opera um jogo de expectativas e produções”*. É nesse encontro: trabalhador de saúde e usuário que se constroem mutuamente significados, cria-se vínculos e as necessidades de saúde são demandadas e compreendidas em sua integralidade. O cuidado em saúde, então, transcende os procedimentos e recursos para incluir aspectos como o acolhimento, a escuta qualificada, a valorização da autonomia do sujeito e a corresponsabilidade entre os atores envolvidos no processo terapêutico (MEHRY, 2004).

No contexto da experiência em dor crônica, o modelo biopsiossocial vem resgatar, portanto, um cuidar humanizado e integral. Um cuidado pactuado, corresponsável, voltado às reais necessidades do indivíduo (CASTANEDA, 2019). Diante dos sintomas, a abordagem na produção de saúde não se limita apenas à modificação de aspectos biológicos, como já relatado, mas também visa a possibilitar mudanças de comportamentos, sem a necessidade de focar

exclusivamente no controle direto da dor, mas atuando de forma eficaz em seu manejo (CRUZ, 2011).

## **O cuidado da pessoa com dor crônica na atenção primária em saúde**

A APS é a porta de entrada dos serviços no SUS, além de gestora dos fluxos assistenciais do usuário dentro do sistema. É a APS a ordenadora da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e coordenadora do cuidado, responsável em ofertar e qualificar um cuidado integral e longitudinal, com foco na prevenção de agravos e promoção de saúde (MENDES, 2011). Constituída cada vez mais por equipes da Estratégia Saúde da Família, sua expansão progressiva melhorou o acesso ao cuidado integral e contínuo, permitindo, assim, impulsionar a prevenção e o gerenciamento das doenças crônicas (SCHMIDT *et al.*, 2011).

Há algumas décadas, o Brasil passou a destacar mais o cuidado para Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e a implementar políticas que ampliam o cuidado médico tradicional para a prevenção, promoção de saúde e ação intersetorial. Desde 2006, quando uma ampla política de promoção de saúde foi aprovada, articulações intersetoriais e de políticas públicas como educação em saúde, monitoramento de doenças e de fatores de risco e fornecimento de atenção à saúde centrada em dietas saudáveis, atividade física, seguem sendo desenvolvidas e implementadas (SCHMIDT *et al.*, 2011).

A dor crônica é subnotificada e subdiagnosticada no sistema de saúde pública do Brasil, principalmente quando se trata de APS (MATA *et al.*, 2011). Classificada como uma condição ou DCNT, se destaca pelo estigma e negligência a ela relacionados (RUDDERE; CRAIG, 2016), sendo considerada uma expressão direta de afastamento do indivíduo de sua condição saudável, relacionada a várias doenças e com impacto negativo na qualidade de vida (MATA *et al.*, 2011).

A velocidade do seu diagnóstico, bem como a importância do seu tratamento se iniciar na APS evitaria a sobrecarga dos níveis mais onerosos de atenção em saúde e a piora dos sintomas para o usuário, gerando impacto na resolutividade (MATA *et al.*, 2011). Entretanto, existe uma escassez de informações na literatura sobre a abordagem eficaz da dor crônica na APS, com estudos apontando para uma dificuldade do profissional de saúde no manejo desses indivíduos num primeiro contato e para um aumento do fluxo/encaminhamento dessa condição para a atenção secundária (SILVA; ANDRADE; SOUZA, 2019; BRASIL, 2017).

De acordo com um Protocolo de Atenção Básica em Dor Crônica, de abrangência nacional e produzido pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2017), um levantamento realizado pelo serviço de teleconsultoria aos profissionais da APS/AB constatou que dos vinte principais motivos de chamados do 0800 (núcleo do Telessaúde Brasil Redes), cinco fazem referência à dor crônica relacionada a ossos, músculos, articulações, cefaleias ou outras morbidades (BRASIL, 2017). Ainda sobre dados disponíveis pelo Ministério da Saúde, a dor crônica faz parte da vida de quase 37% dos brasileiros acima de 50 anos, sendo um terço deles usuários de opióides para tratamento e alívio dos sintomas (BRASIL, 2023).

Felizmente, após um período recente de desassistência para o SUS, em especial, para a APS e regiões mais vulneráveis do país, o Governo Federal atual, através do Ministério da Saúde, destinou verbas para estados e municípios custearem equipes multiprofissionais, compostas por profissionais de saúde de diferentes áreas (BRASIL, 2023). Por meio da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) (BRASIL, 2022), tem elaborado Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para a dor crônica, estabelecendo critérios para diagnóstico e tratamento, com o objetivo de padronizar e qualificar o atendimento no SUS.

Dessarte, há evidências que apontam para avanços na abordagem da dor crônica no SUS e, em especial, na APS, principalmente

ao reconhecer a complexidade do fenômeno doloroso e a necessidade de intervenções que vão além do tratamento medicamentoso, incorporando práticas que promovem a funcionalidade, a qualidade de vida e o bem-estar dos usuários (BRASIL, 2022). Em legislação recente, o Brasil estabeleceu diretrizes para o atendimento prestado pelo SUS, de forma integral, às pessoas acometidas por dor crônica relacionada à Síndrome de Fibromialgia ou Fadiga Crônica ou por Síndrome Complexa de Dor Regional ou outras doenças correlatas. Para tanto, o documento preconizou atendimento multidisciplinar e, além de exames complementares e tratamento farmacológico, acesso à fisioterapia e atividade física (BRASIL, 2023a).

Todavia, por muito tempo o repouso e a inatividade eram o tratamento não farmacológico para dor crônica mais recomendado (GENEEN *et al.*, 2017). Entretanto, diante da necessidade de se pensar modelos de cuidado que valorizem o ser humano em sua totalidade, bem como possibilitem reafirmar o papel central da APS e das tecnologias leves na promoção do cuidado, estratégias para mudança de hábitos, promoção de alimentação saudável, estímulo à prática de atividade física, educação em saúde, construção e acompanhamento dos planos de cuidado e apoio ao autocuidado, têm se destacado entre as diretrizes e atuações da RAS voltadas à temática da dor crônica no SUS (BRASIL, 2014).

Evidências atuais destacam para os benefícios dos exercícios físicos e de se manter um estilo de vida saudável para esta população que convive com dor. Hoje, estudos apontam a relevância da atividade física e de exercícios supervisionados como tratamento dessa condição de saúde, em intervenções individualizadas ou coletivas, especialmente quando orientados por profissionais como fisioterapeutas e educadores físicos, no contexto da APS (GENEEN *et al.*, 2017). Porém, há baixa adesão de usuários na APS para esse tipo de serviço, sendo esse comportamento associado a fatores pessoais, socioeconômicos e ambientais. Como fatores subjetivos, um estudo que avaliou a percepção de indivíduos em grupos de dor crônica numa APS, considerou

a exacerbação da dor e o medo de lesão barreiras relacionadas a não adesão (BORGES *et al.*, 2023).

É essa complexidade dos fatores biopsicossociais envolvidos na modulação do cuidado ao paciente de dor crônica um dos maiores desafios atribuídos aos profissionais de saúde. Isso posto, verificou-se que a educação em saúde precisa fazer parte das intervenções em dor, pois possibilita integrar o indivíduo como participante ativo do tratamento, com estratégias de enfrentamento e autocuidado para promoção de saúde. Um programa multidisciplinar de educação em dor pode demonstrar desfechos positivos na prevenção de imobilidade, gerenciamento do estresse emocional e maior empoderamento do sujeito em usar as informações nas tomadas de decisões em saúde, com consequente melhora de sua qualidade de vida. A construção conjunta do conhecimento e as estratégias ativas estimulam mudanças comportamentais necessárias para desenvolver letramento funcional em saúde e autogerenciamento da condição crônica (SALES *et al.*, 2022).

Contudo, muitos municípios enfrentam acesso limitado a recursos e serviços na APS, há escassez de profissionais especializados, barreiras organizacionais, geográficas e de coordenação do cuidado, infraestrutura precária etc., o que gera dificuldades para a implementação de modelos de cuidados para o manejo da dor crônica no SUS. Esses e outros limitadores e entraves afetam diretamente a oferta de serviços como medicamentos, fisioterapia, terapia ocupacional, psicoterapia e atividades físicas, proporcionando o cuidado em dor cada vez mais distante do que as práticas baseadas em evidências preconizam (MENDES, 2011; BRASIL, 2022).

Ainda assim, há evidente crescimento e desenvolvimento da APS, inclusive de sua cobertura no país, porém, na prática, o cuidado ofertado é médico- centrado, medicalizante, fragmentado e tecnicista, ainda enraizado no modelo biomédico hegemônico na saúde (MATA *et al.*, 2011). Para Mehry (2004), a superação desse modelo implica em um gerenciamento da saúde mais coletivo e voltada para uma lógica usuário-centrada, com o estreitamento do vínculo e do

compromisso entre os sujeitos nos encontros em saúde, pois o cuidado transcende procedimentos técnicos e ações normativas, incorporando uma dimensão relacional e subjetiva.

É nesse contexto que se enfatiza a importância do cuidado como núcleo central da prática em saúde com destaque para o uso de tecnologias leves (MEHRY; FRANCO, 2003). Sendo a APS o primeiro nível de contato dos usuários com o sistema de saúde, os profissionais podem, de fato, compreender as demandas de saúde e propor intervenções que respeitam a singularidade e o contexto sociocultural dos indivíduos (MENDES, 2011), construir uma abordagem centrada na pessoa, envolvendo acolhimento, escuta qualificada, autonomia do usuário e construção conjunta do plano de cuidado para o fortalecimento de uma prática que valoriza a produção de saúde e não apenas o combate à doença, podendo ser um elemento-chave para reorganizar os serviços de saúde com um modelo de cuidado mais inclusivo e eficaz (SILVA; MEHRY; CARVALHO, 2003).

Em suma, a produção do cuidado como um processo cotidiano depende, em parte, da capacidade de profissionais de saúde adaptarem suas ações às situações vividas e das tentativas de romperem lógicas enraizadas e hegemônicas, como modelos mecanicistas e normativos (SILVA; MEHRY; CARVALHO, 2003). O reconhecimento da importância das dimensões socioculturais e psíquicas na experiência e expressão do fenômeno doloroso e as mudanças no entendimento da concepção da dor crônica, principalmente de seu caráter multifacetado, permitem que os profissionais considerem o papel das emoções, crenças e expectativas no manejo da dor, possibilitando intervenções mais efetivas e resolutivas (ALBUQUERQUE; OLIVEIRA, 2002).

A evolução histórica da compreensão da dor é acompanhada por transformações no entendimento sobre o corpo, o sofrimento e as práticas de cuidado. Enquanto a dor visível, vinculada à sinais físicos, nociceptivos e evidentes como lesões ou inflamações, era prontamente reconhecida pela medicina, a dor crônica, sem lesão aparente,

subjetiva e, muitas vezes considerada invisível, desafia as fronteiras entre o que pode ser medido e o que é experienciado (CRUZ, 2011).

Sendo assim, é preciso questionar as questões éticas e epistemológicas a respeito da legitimidade e do tratamento de pessoas com esse sofrimento pelo modelo biomédico hegemônico na APS, a ponto de colocar em discussão modos de intervenção em saúde mais resolutivos e orientados para a integralidade e às necessidades ampliadas de saúde de uma população pouco (re) conhecida, com o intuito de “impactar o núcleo do cuidado, compondo uma hegemonia do Trabalho Vivo sobre o Trabalho Morto” (MERHY; FRANCO, 2003, p. 01).

## Referências

- ALBUQUERQUE, C. M. de S.; OLIVEIRA, C. P. F. de. Saúde e Doença: Significações e Perspectivas em Mudança. **RE – Revista do Instituto Politécnico de Viseu**, v. 25, p. 1-20, jan. 2002. Disponível em: <https://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/635>. Acesso em: 6 dez. 2024.
- AYRES, J. R. de C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 8, n. 14, p. 73-92, set. 2003/fev. 2004.
- BRASIL. Lei nº 14.705, de 25 de outubro de 2023. **Lei nº 14.705, de 25 de outubro de 2023**. Dispõe sobre diretrizes para o atendimento prestado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) às pessoas acometidas por Síndrome de Fibromialgia ou Fadiga Crônica ou por Síndrome Complexa de Dor Regional ou outras doenças correlatas. [S. l.: s. n.], 2023a. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2023/lei-14705-25-outubro-2023-794853-publicacaooriginal-169817-pl.html>. Acesso em: 12 jan. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção Primária. Pesquisa aponta que quase 37% dos brasileiros acima de 50 anos têm dores crônicas. **Atenção Primária**. [S. l.: s. n.], 2023. Disponível em: <https://>

- [www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/dezembro/pesquisa-aponta-que-quase-37-dos-brasileiros-acima-de-50-anos-tem-dores-cronicas](http://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/dezembro/pesquisa-aponta-que-quase-37-dos-brasileiros-acima-de-50-anos-tem-dores-cronicas). Acesso em: 8 jan. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Dor Crônica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/conitec/pt-br>. Acesso em: 14 jan. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**: um modelo de atenção às condições crônicas na atenção primária à saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias\\_cuidado\\_pessoa\\_doenca\\_cronica\\_cab35.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_cab35.pdf). Acesso em: 13 jan. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Proposta de Elaboração de Escopo: Protocolo de Atenção Básica – Dor Crônica. **Proposta de Elaboração de Escopo**: Protocolo de Atenção Básica – Dor Crônica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: [https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/enquete/proposta\\_escopo\\_protocolo\\_de\\_atencao\\_basica\\_-\\_dor\\_cronica.pdf](https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/enquete/proposta_escopo_protocolo_de_atencao_basica_-_dor_cronica.pdf). Acesso em: 12 jan. 2025.
- BYNUM, W. **História da Medicina**. Tradução de F. S. Maior. São Paulo: Editora Unesp, 2006.
- CASTANEDA, C. O cuidado em saúde e o modelo biopsicossocial: apreender para agir. CoDAS; **Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio de Janeiro – IFRJ**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 5, 2019.
- CORGOZINHO, M. M.; BARBOSA, L. O.; ARAÚJO, I. P.; ARAÚJO, G. T. F. Dor e sofrimento na perspectiva do cuidado centrado no paciente. **Revista Bioética**, Brasília, v. 28, n. 2, p. 286-298, abr./jun. 2020.
- CRUZ, C. R. R. **Dor crônica**: uma perspectiva biopsicossocial. Dissertação de Mestrado Integrado em Medicina – Faculdade de

- Medicina da Universidade de Coimbra, Área Científica de Psiquiatria, mar. 2011.
- ENGEL, G. The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. **Science**. 1977, vol 196, 129-36.
- GENEEN, L. J. *et al*. Physical activity and exercise for chronic pain in adults: an overview of Cochrane Reviews. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 1, n. 1, CDO11279, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011279.pub2>.
- IASP. International Association For The Study Of Pain. Definição revisada de dor pela Associação Internacional para o Estudo da Dor: conceitos, desafios e compromissos. **Pain**, v. 161, n. 9, 2020. Disponível em: <https://www.iasp-pain.org>. Acesso em: 03 dez. 2024.
- INSTITUTE OF MEDICINE. **Relieving pain in America**: a blueprint for transforming prevention, care, education, and research. Washington, DC: The National Academies Press, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.17226/13172>. Acesso em: 8 jan. 2025.
- INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN. **Global year for pain**: tackling the high burden of chronic pain. Washington, D.C.: IASP, 2023. Disponível em: <https://www.iasp-pain.org>. Acesso em: 3 dez. 2024.
- LARROSA, J. Notas sobre a experiência e o saber da experiência. **Revista Brasileira de Educação**, v. 19, n. 1, p. 20-28, 2002.
- MATA, M. S. *et al*. Dor e funcionalidade na atenção básica à saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 221-230, 2011.
- MELO, S. C. C. *et al*. Práticas complementares de saúde e os desafios de sua aplicabilidade no hospital: visão de enfermeiros. **Revista Brasileira de Enfermagem**, n. 6, v. 66, p. 840-846, nov./dez. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000600005>. Acesso em: 09 dez. 2024.
- MENDES, E. V. A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde**. Brasília:

- Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), 2011. Disponível em: A-Atencao-Primaria-e-as-Redes-de-Atencao-a-Saude.pdf.
- MERHY, E. E. O Ato de Cuidar: a Alma dos Serviços de Saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Ver – SUS Brasil: cadernos de textos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, p. 108-137. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional in **Saúde em Debate**, Ano XXVII, v. 27, n. 65, Rio de Janeiro, 2003.
- PORTER, R. **Corpos Políticos: Uma História Natural da Saúde e da Medicina**. São Paulo: Editora Record, 2004.
- PORTER, R. **The greatest benefit to mankind: a medical history of humanity**. New York: W. W. Norton & Company, 1997.
- RAJA, S. N. *et al*. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. **Pain**, v. 161, n. 9, p. 1976–1982, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939>. Acesso em: 3 dez. 2024.
- RIBEIRO, M. M. F.; AMARAL, C. F. S. Medicina centrada no paciente e ensino médico: a importância do cuidado com a pessoa e o poder médico. **Revista Brasileira de Educação Médica** [Internet], v. 32, n. 1, p. 90-97, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022008000100012>. Acesso em: 09 dez. 2024.
- RUDDERE, L. de; CRAIG, K. D. Understanding stigma and chronic pain: a state-of-the-art review. **Pain** [Internet], v. 157, n. 8, p. 1607-1610, 8 ago. 2016. Disponível em: <https://journals.lww.com/00006396-201608000-00008>. Acesso em: 13 jan. 2025.
- SALES, P. T. *et al*. Educação em dor na atenção primária – modelo de atenção biopsicossocial do NASF-AB. In: **Anais do 13º**

- Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, 2022, Salvador.**  
Anais eletrônicos, Galoá, 2022.
- SCHMIDT, M. I.; DUNCAN, B. B.; ARAÚJO, C. L. P.; *et al.* Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **The Lancet**, v. 377, n. 9781, p. 1949-1961, 2011. DOI: 10.1016/S0140-6736(11)60135-9.
- SILVA JÚNIOR, A. G.; MERHY, E. E.; CARVALHO, L. C. Refletindo sobre o ato de cuidar da saúde. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-Abrasco, 2003. p. 113-128.
- SILVA, M. J. P.; ANDRADE, A. M.; SOUZA, L. E. P. Tratamento da dor crônica na atenção primária à saúde: desafios e perspectivas. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 41, p. 213-220, 2019.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Chronic pain and disability**: addressing global challenges. Geneva: WHO, 2023. Disponível em: <https://www.who.int>. Acesso em: 3 dez. 2024.

# Diálogos entre as intervenções legislativas e os cuidados em saúde às mulheres em situação de violência

*Flavia Borges de Deus • Rita de Cássia Duarte Lima •  
Dherik Fraga Santos*

“Violência contra a mulher é qualquer ato ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública quanto na privada” (OEA, 1994, pag.10). O Brasil está entre os países com as mais altas taxas de feminicídio no mundo, sendo o feminicídio umas das formas brutais de violência contra a mulher tendo o assassinato da vítima como desfecho. Foram registrados em 2022 uma média de 4 mortes por feminicídio por dia, sendo a maioria dos casos, relacionados a agressores dentro de casa como ex-parceiros ou parceiros das vítimas (FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA, 2023). Ainda, segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2021,

cerca de 24% da população feminina relataram ter sofrido algum tipo de violência sexual, física ou psicológica em algum momento da vida (FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA, 2023). No Espírito Santo, em 2022 foi realizado mais de 300 mil notificações de violência contra a mulher, a maioria relacionadas a situações de violência física, seguidas de violência psicológica e sexual (ESPÍRITO SANTO, 2023).

Embora esses números mencionados de denúncias tenham aumentado, ainda existe uma relativa subnotificação de casos de violência, principalmente no que diz respeito à violência psicológica e sexual, devido a dependência financeira da vítima, vergonha ou medo, que estruturam camadas desafiadoras no enfrentamento às violências (BRASIL, 2020).

Em relação às consequências das violências na saúde da mulher, são observadas relevantes repercussões na saúde mental, física e psicológica das vítimas. Essas acabam buscando auxílio no sistema de saúde pública por causa das consequências da violência sofrida, contribuindo para a sobrecarga dos sistemas de saúde. As mulheres demandam cuidados intersetoriais, que perpassam pelos setores da segurança, justiça, assistência social, saúde e outros (DINIZ; MEDEIROS, 2019). Frente a quantidade de mulheres afetadas pela violência e as consequências na saúde, se fazem necessárias à implementação de políticas públicas na tratativa desse problema.

A Lei Maria da Penha é um dos marcos principais nas políticas públicas de enfrentamento contra a mulher (BRASIL, 2006). Ela cria mecanismos de prevenção e combate contra a violência doméstica e familiar, prevendo medidas que possam proteger a vítima como a proibição do contato ou afastamento do agressor. Essa lei também criou as Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (DEAMs), que oferecem atendimento especializado e prioritário às vítimas (BRASIL, 2013). Ainda que existam medidas de enfrentamento e que representam um grande avanço no combate à violência contra a mulher, essas enfrentam desafios, como a baixa efetividade da

Lei Maria da Penha que, em muitos casos, as medidas protetivas não são respeitadas e os mecanismos de controle do agressor e proteção da vítima não são suficientes, ou até inexistentes (KIND *et al.*, 2013)

Como já supracitado, a atuação intersetorial no enfrentamento a violência contra a mulher é algo fundamental e o diálogo dessa atuação com políticas públicas se demonstra essencial. Em especial no setor saúde, o estado possui papel um fundamental em assegurar os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) no atendimento às mulheres em situação de violência. Para isso, é ressaltado a necessidade de manter um olhar crítico sobre as estratégias de cuidados e intervenções previstas nas políticas públicas, na finalidade de consolidar diretrizes como a Resolutividade, uma das vertentes que auxilia em reduzir o cenário de revitimização das mulheres em situação de violência (ALVESI *et al.*, 2021).

Assim, para fortalecer a implementação das políticas públicas é prioritário mapear as intervenções vigentes que tratam sobre as pessoas em situação de violência. Para que as políticas possam ser pensadas dentro de determinados contextos buscando antecipar situações de vulnerabilidade e tentando agir de forma preventiva o que permite uma eficiência maior no uso dos recursos e uma integração dos diferentes serviços (D'OLIVEIRA *et al.*, 2009).

Considerando a prevalência do problema, os desafios enfrentados pelas políticas públicas e seus impactos na saúde, o objetivo deste estudo é realizar um levantamento dos eixos das intervenções dos vigentes decretos-lei de enfrentamento à violência contra a mulher no Espírito Santo e dialogar com os cuidados em saúde.

## **Métodos**

A revisão narrativa de literatura consiste na abordagem metodológica empregada para fornecer conhecimentos produzidos sobre uma determinada temática, de maneira sistematizada. Este estudo foi

organizado em seis fases: identificação do tema, hipótese ou questão de pesquisa; identificação de critérios pré-estabelecidos de busca na literatura; definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização dos estudos; avaliação crítica dos estudos incluídos; interpretação dos resultados; e apresentação da revisão/síntese do conhecimento (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A questão de pesquisa foi construída considerando a estratégia PICO, um acrônimo que representa Problema, Interesse e Contexto (SANTOS *et al.*, 2007). Portanto a questão foi: Quais são os eixos de intervenções das leis e decretos de enfrentamento à violência contra a mulher no Espírito Santo?

Neste estudo, realizou-se uma busca na literatura sobre os eixos das medidas de enfrentamento a violência contra a mulher no contexto do Espírito Santo no período de 10 anos (2014 a 2024), considerando as publicações legislativas do site da Gerência de Atos Legislativos da Secretaria de Estado de Governo do Espírito Santo, acessada por meio do seguinte endereço eletrônico: <https://conslegis.es.gov.br/>. A estratégia de busca eletrônica foi conduzida pelos pesquisadores responsáveis, entre o período de 2014 a 2024. As palavras-chave utilizadas foram as seguintes: “violência contra a mulher” OR “mulher”.

Os critérios de inclusão foram: as publicações cuja temática central era relacionada as práticas, medidas, ações, que estivessem relacionadas as medidas de enfrentamento a violência contra a mulher; publicadas no período de 2014 a 2024; disponíveis gratuitamente na íntegra; publicado no português. Foram excluídas as publicações repetidas e as que apresentavam intervenção de enfrentamento a violência a outros grupos que não eram diretamente mulheres.

A síntese das publicações contempladas nesta revisão será fichada de acordo o(s) autor(es), ano de publicação, título, natureza da ação e ações previstas.

Os resultados do fichamento dos artigos selecionados foram analisados por meio da análise semântica sob um olhar crítico da

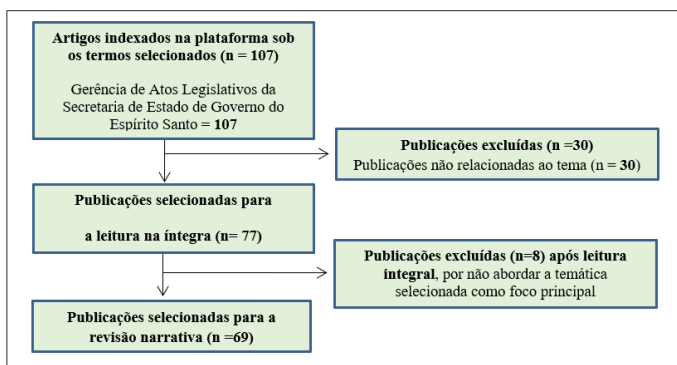
literatura que versam sobre os cuidados em saúde às mulheres em situação de violência.

Este estudo de caráter de revisão bibliográfica com utilização de arquivos de domínio público dispensa apreciação pelo comitê de ética.

## Resultados

A busca inicial na plataforma de publicações legislativas do Espírito Santo foi identificada 107 publicações com base no título. Desses, 30 publicações foram eliminadas (com base no recorte de tempo) por serem estudos duplicados ou não relacionados ao tema de interesse. Assim, foram selecionadas 77 publicações para a leitura na íntegra e, entre elas, oito foram excluídas depois da consulta por não abordarem a temática de políticas de enfrentamento à violência contra a mulher como foco principal. Deste modo, 69 publicações foram utilizadas nesta revisão narrativa. A Figura 1 exibe o fluxograma relativo às ações do processo de seleção das publicações.

Figura 1: Fluxograma do processo de seleção dos estudos para a revisão narrativa sobre as publicações legislativas acerca do enfrentamento à violência contra a mulher no Espírito Santo (2024)



Fonte: Os autores.

Podemos notar no Quadro 1 que no ano de 2024 foi o que mais ocorreu publicações. O público-alvo mais recorrente nas ações foram as mulheres. As ações previstas mais recorrentes nas publicações foram de aspecto de criação de datas de promoção/divulgação/articulação do enfrentamento à violência contra a mulher (39,13% das leis). A autora mais presente nas diferentes publicações foi a Janete de Sá (dado não presente no quadro).

Quadro 1: Publicações legislativas acerca do enfrentamento à violência contra a mulher no Espírito Santo segundo ano de publicação, título, natureza da ação e ações previstas (2024)

ANO DE PUBLICAÇÃO	TÍTULO	NATUREZA DA AÇÃO	AÇÕES PREVISTAS
16/04/2015	Lei ordinária nº 10358/2015	**agir com Agressores	A legislação instituiu uma multa a ser aplicada ao agressor.(Essa Lei foi regulamentada pelo decreto nº 4071-r, em 8 de março de 2017, e sofreu alterações por meio das leis nº 10.517/2016 e nº 10.961/2018, ampliando seu alcance e eficácia)
14/04/2016	Lei ordinária nº: 10517/2016		Altera a lei nº 10.358/2015, que institui mecanismo de inibição da violência contra a mulher no estado do Espírito Santo, por meio de multa contra o agressor.
08/03/2017	Decreto-r nº: 04071/2017		Regulamenta, a lei estadual nº 10.358, de 16/04/2015, alterada pela lei estadual nº 10.517, de 13/04/2016, que institui mecanismo de inibição da violência contra a mulher no estado do ES, por meio de multa contra o agressor.
21/12/2018	Lei ordinária nº: 10961/2018		Altera a lei nº 10.358/2015.
10/09/2024	Lei ordinária nº: 12206/2024		Institui, no estado do Espírito Santo, o cadastro de condenados por estupro e o cadastro de condenados por crimes praticados com violência doméstica e familiar contra a mulher, na forma que especifica. *repblicada.

(continua)

ANO DE PUBLICAÇÃO	TÍTULO	NATUREZA DA AÇÃO	AÇÕES PREVISTAS
15/01/2016	Decreto-r nº: 03931/2016	**mudança administrativa; reorganização do serviço	Dispõe sobre a transformação de cargos de provimento em comissão no âmbito da secretaria de estado de assistência social e políticas para mulheres – SEASM.
25/02/2016	Decreto-r nº: 03945/2016		Dispõe sobre a transformação de cargos de provimento em comissão no âmbito da secretaria de estado de assistência social e políticas para mulheres – SEASM, sem elevação da despesa fixada.
18/03/2016	Decreto-r nº: 03954/2016		Altera a denominação e a estrutura organizacional básica; sem elevação da despesa fixada. (alterado pelo dec. 4114-r/2017; 4384-r/2019; 5240-r/2022.
08/03/2017	Decreto-r nº: 04072/2017		Altera o decreto nº 3.520-r, de 03/02/2014, que cria o fórum estadual permanente de enfrentamento à violência contra as mulheres do campo.
08/03/2017	Decreto-r nº: 04073/2017		Altera o decreto nº 3.382-r, de 12/09/2013, que instituiu a câmara técnica do pacto estadual pelo enfrentamento à violência contra a mulher no estado.
02/07/2019	Decreto-s nº: 01666/2019		Designa membros para compor o conselho estadual de defesa dos direitos da mulher do estado do espírito santo – CEDIMES, para o triênio 2019/2022. (*)alterado pelo dec. 1911-s-2022
02/12/2022	Decreto-r nº: 05240/2022		Altera dispositivos do decreto nº 3.954-r, que altera a denominação e a estrutura organizacional básica
12/01/2022	Decreto-r nº: 05240/2022		Altera a estrutura organizacional básica da secretaria estadual das mulheres – SESM, sem elevação da despesa fixada, e dá outras providências.
09/02/2024	Decreto-r nº: 05618/2024		Altera o decreto nº 4978-r, de 01 de outubro de 2021, que dispõe sobre a criação do comitê Gestor Intersetorial Do Plano Estadual De Políticas Para As Mulheres, incluindo o Instituto Jones Dos Santos Neves IJSN na composição do comitê gestor, e dá outras providências.
10/05/2024	Decreto-r nº: 05701/2024		Dispõe sobre a transformação de cargos de provimento em comissão no âmbito da Secretaria Estadual Das Mulheres – SESM, sem elevação da despesa fixada.
19/07/2024	Decreto-r nº: 05770/2024	Dispõe sobre a transformação de cargos de provimento em comissão e funções gratificadas, no âmbito da secretaria estadual das mulheres – SESM e da secretaria de estado do governo – seg, sem elevação da despesa fixada.	

(continua)

ANO DE PUBLICAÇÃO	TÍTULO	NATUREZA DA AÇÃO	AÇÕES PREVISTAS
06/07/2016	Lei complementar nº 00830/2016	**ampliação dos serviços às mulheres/garantias de direito	Criou a secretaria de estado de direitos humanos (SEDH), incluindo ações estratégicas para o enfrentamento à violência contra as mulheres.
30/08/2019	Decreto-r nº: 04490/2019		Institui o plano estadual de políticas para as mulheres.
30/08/2019	Decreto-r nº: 04491/2019		Institui o programa agenda mulher.
26/09/2019	Decreto-r nº: 04510/2019		Dispõe sobre a criação do observatório de políticas públicas para as mulheres no Estado Do Espírito Santo, no âmbito do Instituto Jones dos Santos Neves, sem aumento de despesas
10/02/2020	Decreto-r nº: 04574/2020		Revoga o art. 7º do decreto nº 4491-r, de 29 de agosto de 2019, que institui o programa agenda mulher.
19/11/2020	Decreto-r nº: 04762/2020		Institui o pacto estadual pelo enfrentamento à violência contra as mulheres. (*)alterado pelo decreto 5396-r/2023)
08/07/2020	Lei ordinária nº: 11147/2020		Define a obrigatoriedade de notificação compulsória dos eventos de violência de interesse do sistema único de saúde – sus à autoridade sanitária estadual, por todos os profissionais dos serviços de saúde, instituição de ensino e assistência social, de caráter público, privado ou filantrópico, em todo o território do estado do espírito santo, e dá outras providências.
31/07/2020	Lei ordinária nº: 11152/2020	Institui o serviço de denúncia de violência doméstica e familiar contra a mulher por meio do aplicativo gratuito whatsapp, denominado “whatsapp da penha”, no estado do espírito santo. *promulgada	
06/04/2021	Lei ordinária nº: 11243/2021	Institui, no estado do Espírito Santo, o programa de cooperação e código sinal vermelho, como forma de pedido de socorro e ajuda para mulheres em situação de violência doméstica ou familiar, medida de combate e prevenção à violência doméstica, conforme a lei federal nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. *promulgada	
14/07/2021	Lei ordinária nº: 11330/2021	Dispõe sobre a garantia do direito de preferência das mulheres vítimas de violência doméstica à matrícula e à transferência dos filhos, ou de crianças e adolescentes sob sua guarda, nas escolas da rede estadual de ensino do estado do espírito santo.	

(continua)

ANO DE PUBLICAÇÃO	TÍTULO	NATUREZA DA AÇÃO	AÇÕES PREVISTAS
28/09/2021	Lei ordinária n°: 11406/2021	**ampliação dos serviços às mulheres/	Estabelece que bares, restaurantes, casas noturnas e de eventos adotem medidas de auxílio à mulher que se sinta em situação de risco. *promulgada
08/10/2021	Lei ordinária n°: 11410/2021	garantias de direito	Estabelece diretrizes para a política estadual de proteção da vida das mulheres e o de combate à violência doméstica, com o objetivo de instituir medidas de monitoramento das mulheres vítimas de violência doméstica no estado do Espírito Santo. *promulgada
26/11/2021	Lei ordinária n°: 11469/2021		Determina a comunicação, por parte dos condomínios residenciais, conjuntos habitacionais e congêneres, sobre os casos de agressões domésticas contra mulheres, na forma que especifica, no âmbito do estado do espírito santo. *promulgada
01/01/2023	Decreto-r n°: 05264/2022		Dispõe sobre a instalação da secretaria de estado extraordinária de políticas para mulheres – SEPM e dá outras providências. (*)diário extra (*) extinta pelo decreto 5396-r/2023.
20/06/2022	Lei ordinária n°: 11632/2022		Garante, caso queira, o direito de guarda/tutela do animal de estimação que compartilha com o agressor à mulher que sofrer violência doméstica devido ao gênero. (*)promulgada
25/07/2002	Lei ordinária n°: 11672/2022		Institui o Estatuto Da Mulher Parlamentar e ocupante de cargo ou emprego público no âmbito do estado espírito santo.
31/03/2023	Lei complementar n°: 01038/2023		Cria a secretaria estadual das mulheres – SESM e dá outras providências.
29/05/2023	Decreto-r n°: 05396/2023		Dispõe sobre a extinção da secretaria de estado extraordinária de políticas para mulheres – sepm e dá outras providências
05/01/2023	Lei ordinária n°: 11775/2023		Institui a política estadual de atendimento à mulher vítima de violência.
05/04/2023	Lei ordinária n°: 11799/2023		Assegura às mulheres o direito de ter acompanhante, pessoa de sua livre escolha, nas consultas e exames, inclusive os ginecológicos, nos estabelecimentos públicos e privados de saúde no âmbito do es.
29/12/2023	Lei ordinária n°: 12025/2023		Institui o programa de contratação de mulheres vítimas de violência doméstica e financeiramente dependentes – PCMVVDFD que estabelece a criação de incentivos fiscais para as empresas que contratarem mulheres nessas condições. (*)promulgada

(continua)

ANO DE PUBLICAÇÃO	TÍTULO	NATUREZA DA AÇÃO	AÇÕES PREVISTAS
22/02/2024	Lei ordinária n°: 12028/2024	**ampliação dos serviços às mulheres/garantias de direito	Acrescenta item ao anexo único da lei nº 11.212, de 29 de outubro de 2020, instituindo a semana das ouvidorias das mulheres, a ser realizada, anualmente, no período compreendido entre os dias 10 e 15 do mês de março.
11/04/2024	Lei ordinária n°: 12085/2024		Institui a política de sistematização de dados integrados de violência contra mulher no estado do Espírito Santo, para fins de geração de políticas públicas de enfrentamento à violência contra as mulheres. (*)veto parcial
22/04/2024	Lei ordinária n°: 12092/2024		Assegura à mulher vítima de violência doméstica, familiar e ocorrências semelhantes, que tenha como resultado a retenção, subtração, destruição parcial ou total de seus documentos pessoais ou de seus dependentes pelo agressor, prioridade imediata no atendimento para a emissão de novos documentos. (*)promulgada
24/04/2024	Lei ordinária n°: 12097/2024		Institui o selo de responsabilidade social parceiros das mulheres, certificando empresas que priorizam a contratação de mulheres vítimas de violência doméstica, na forma que especifica.
17/09/2024	Lei ordinária n°: 12217/2024		Acrescenta item ao anexo único da lei nº 10.976, de 14 de janeiro de 2019, declarando de utilidade pública a associação de mulheres agricultoras de conceição do Muqui, localizada no município de Mimoso Do Sul.
04/02/2014	Decreto-r nº 03520/2014	**data de promoção/divulgação/articulação do enfrentamento à violência contra a mulher	Cria o Fórum Estadual Permanente de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres do Campo para implementar as estratégias e ações previstas no pacto estadual pelo enfrentamento à violência contra as mulheres. (nova redação dada pelo decreto 5396-r/2023)
16/04/2014	Lei ordinária nº 10209/2014		Reforça a importância de canais acessíveis para o enfrentamento da violência contra a mulher. (revogada pela lei nº 10.991/2019)
07/11/2014	Lei ordinária nº 10291/2014		Instituiu o dia estadual da mulher policial militar, da mulher bombeiro militar e da mulher policial civil, celebrando o papel das mulheres na segurança pública (foi revogada e incorporada à lei nº 10.973/2019)

(continua)

ANO DE PUBLICAÇÃO	TÍTULO	NATUREZA DA AÇÃO	AÇÕES PREVISTAS
11/11/2015	Decreto-r nº 03893/2015	**data de promoção/ divulgação/ articulação do enfrentamento à violência contra a mulher	Convocou a 4ª conferência estadual de políticas para as mulheres. Espaço amplo para a discussão de políticas públicas que visam à promoção da igualdade de gênero e ao fortalecimento dos direitos das mulheres no estado.
21/12/2015	Lei ordinária nº 10472/2015		Instituiu o dia estadual da mobilização dos homens pelo fim da violência doméstica e familiar contra as mulheres do estado.(Revogada E consolidada pela lei nº 10.973/2019)
04/07/2016	Lei ordinária nº: 10554/2016		Institui o dia estadual de mobilização pelo fim da violência contra a mulher. * republicada no d.o. de 04/07/2016, por ter sido publicada com incorreção na numeração do dia 01/07/2016.
20/12/2016	Lei ordinária nº: 10602/2016		Institui o dia estadual da mulher negra. *revogada e consolidada pela lei nº 10.973/2019.
09/01/2018	Lei ordinária nº: 10800/2018		Institui o dia estadual da mulher empreendedora. *revogada pela lei 11.212/2020
03/09/2018	Lei ordinária nº: 10892/2018		Institui a semana estadual de incentivo à participação da mulher no processo eleitoral.
06/11/2018	Lei ordinária nº: 10916/2018		Dispõe sobre a igualdade das premiações, para homens e mulheres, nas competições esportivas realizadas, apoiadas e/ou patrocinadas por órgãos e entidades do poder público estadual.
24/05/2019	Lei ordinária nº: 10991/2019		Dispõe sobre a obrigatoriedade da divulgação da central de atendimento à mulher (disque 180) e do serviço de denúncia de violações aos direitos humanos (disque 100) em estabelecimentos de acesso ao público que especifica. * promulgada. * revogada pela lei 12.054/2024-promulgada.
11/10/2019	Lei ordinária nº: 11046/2019		Veda a utilização de recursos públicos estaduais para a contratação de profissionais e espetáculos que desvalorizem ou exponham mulheres à situação de constrangimento, incitem a violência ou contenham manifestações de homofobia ou discriminação racial. Promulgada.
09/01/2020	Lei ordinária nº: 11097/2020		Acrescenta item ao anexo II da lei nº 10.973/2019, instituindo a semana estadual da mulher rural. (revogada pela lei nº 11.239/2021)

(continua)

ANO DE PUBLICAÇÃO	TÍTULO	NATUREZA DA AÇÃO	AÇÕES PREVISTAS
24/03/2020	Lei ordinária n°: 11123/2020	**data de promoção/ divulgação/ articulação do enfrentamento à violência contra a mulher	Acrescenta item ao anexo II da lei nº 10.973, de 14 de janeiro de 2019, instituindo a semana estadual de combate à violência contra a mulher no ambiente escolar, a ser celebrada, anualmente, na semana em que recai o dia 13 do mês de agosto. (revogada pela lei nº 11.239/2021)
26/10/2020	Lei ordinária n°: 11204/202		Institui, no Estado Do Espírito Santo, o mês Agosto lilás, dedicado à conscientização e às ações de prevenção e erradicação da violência contra a mulher. (revogada pela lei nº 11.239/2021)
04/10/2021	Decreto-r n°: 04978/2021		Dispõe sobre a criação do Comitê Gestor Intersetorial Do Plano Estadual De Políticas Para As Mulheres em cumprimento a ação nº 6.1.0.3 do plano estadual de políticas para as mulheres do Espírito Santo (PEPMES) instituído pelo decreto 4490-r em 29 de agosto de 2019. (*)*alterado pelo decreto 5396-r/2023; 5618-r/2024.
06/04/2021	Lei ordinária n°: 11244/2021		Institui a "Política de enfrentamento à violência contra a mulher na primeira infância" visando à conscientização de crianças sobre a não violência contra a mulher. *promulgada
11/05/2021	Lei ordinária n°: 11292/2021		Acrescenta item ao anexo único da lei nº 11.212, de 29 de outubro de 2020, instituindo o dia estadual da profissional de segurança no combate à violência contra a mulher, a ser comemorado, anualmente, no dia 18 do mês de novembro.
26/10/2021	Lei ordinária n°: 11441/2021		Acrescenta item ao anexo único da lei nº 11.212, de 29 de outubro de 2020, instituindo o dia Marielle Franco de Enfrentamento à Violência Política contra Mulheres Negras, Lbtqia+ e Periféricas, assim como as demais Mulheres, a ser celebrado, anualmente, no dia 14 do mês de março.
21/01/2022	Decreto-s n°: 00101/2022		Convoca a 5ª conferência estadual de políticas para as mulheres.
23/06/2022	Lei ordinária n°: 11643/2022		Acrescenta item ao anexo único da lei nº 11.212, de 29 de outubro de 2020, instituindo o dia da mulher sambista, a ser celebrado, anualmente, no dia 13 do mês de abril.
22/12/2022	Lei ordinária n°: 11739/2022		Acrescenta item ao anexo único da lei nº 11.212, de 29 de outubro de 2020, instituindo o Dia Estadual De Mulheres E Meninas Na Ciência, a ser comemorado, anualmente, no dia 11 do mês de fevereiro.

(continua)

ANO DE PUBLICAÇÃO	TÍTULO	NATUREZA DA AÇÃO	AÇÕES PREVISTAS
22/12/2022	Lei ordinária n°: 11745/2022	**data de promoção/ divulgação/ articulação do enfrentamento à violência contra a mulher	Acrescenta item ao anexo único da lei nº 11.212, de 29 de outubro de 2020, instituindo a Semana Da Mulher Empreendedora, a ser celebrada, anualmente, na terceira semana do mês de março, incluindo-a no calendário oficial do estado do espírito santo.
14/09/2023	Lei ordinária n°: 11887/2023		Acrescenta item ao anexo único da lei nº 11.212, de 29 de outubro de 2020, instituindo a Semana Estadual De Incentivo À Participação Da Mulher na política, a ser realizada, anualmente, na semana em que recair o dia 8 do mês de março.
19/10/2023	Lei ordinária n°: 11942/2023		Acrescenta item ao anexo único da lei nº 11.212, de 29 de outubro de 2020, instituindo o dia da mulher cooperativista, incluindo-o no calendário oficial do estado do espírito santo.
09/05/2024	Decreto-r n°: 05699/2024		Dispõe sobre a criação do Selo "Cidade Mulheres" No Estado Do Espírito Santo.
09/07/2024	Lei ordinária n°: 12182/2024		Acrescenta item ao anexo único da lei nº 11.212, de 29 de outubro de 2020, instituindo a campanha estadual 21 dias de ativismo pelo fim da violência contra as mulheres no âmbito do estado do espírito santo.

Fonte: Gerência de Atos Legislativos da Secretaria de Estado de Governo do Espírito Santo.

## Discussão

Podemos observar que o Espírito Santo tem desenvolvido a atuação, ao longo dos anos, na criação de leis e atos que visam enfrentar a violência contra a mulher. A luta contra essa realidade, que ainda assusta tantas famílias, ganhou força com a implementação de normas e leis que buscam acolher, proteger, e dar voz às mulheres vítimas de violência. Esses avanços significam etapas importantes, mas também apontam os desafios de transformar as palavras da lei em mudanças concretas no cotidiano. Ainda, vale pontuar que a Janete de Sá, a autora com mais publicações de decretos-lei acerca do enfrentamento às violências contra a mulher possui graduação em enfermagem, uma

das profissões do setor saúde. A profissão de enfermagem demonstra uma decisiva atuação junto às pessoas em situação de violência, visto o vínculo e os encaminhamentos que são realizados, contudo, uma importante parcela desses profissionais carece de qualificação profissional e clareza quanto à atuação nesses casos (MARTINS *et al.*, 2021).

A análise do quadro de decretos-lei apresentado referente as ações voltadas aos agressores, revela um conjunto de dispositivos legais que mudaram de estratégias ao longo do tempo, com o objetivo de promover maior proteção às mulheres e estabelecer mecanismos de responsabilização para os agressores. Podemos perceber que há uma progressão normativa que amplia e especifica medidas de combate à violência, incluindo multas, cadastros de agressores e regulamentações para dar maior eficácia às sanções. As leis se conectam ao longo do tempo, mostrando um processo contínuo de aprimoramento e adaptação. Desde a Lei nº 10.358/2015, que introduziu a aplicação de multas, até a mais recente Lei nº 12.206/2024, que instituiu cadastros de condenados, há uma ênfase em mecanismos de prevenção e punição.

Entre essas ações que atuam na coibição da violência para os agressores, destaca-se, na área da saúde, a estratégia do cadastro dos agressores. Essa frente de ação pode representar um importante papel na qualificação dos cuidados dos profissionais, visto que esse cadastro contribui diretamente na elaboração de estudos que estruturam dados sobre o perfil epidemiológico dos agressores e a elucidação sobre os perfis de risco para a ocorrência da violência contra a mulher. Essa natureza de atuação soma esforços com a vigilância epidemiológica. A partir desses dados, pode-se repensar estratégias de atuação nos cuidados às mulheres, que contribuam para que o profissional de saúde tenha um olhar mais sensível acerca do contexto de maior possibilidade de violência de gênero. Ainda, esses dados auxiliam na criação de políticas públicas mais alinhadas à realidade de cada região do Espírito Santo, dadas as características peculiares das mais diversas regiões, desde as áreas urbanas até as rurais (Brasil,

2021). O mesmo raciocínio segue para os dados oriundos das notificações compulsórias de casos suspeitos ou confirmados de violência, como também os dados do Observatório de Políticas Públicas para as Mulheres e da Política de Sistematização de Dados Integrados de Violência contra Mulher.

O levantamento estatístico sobre as ocorrências, contextos, perfis, condições da mulher vítima de violência, traz dados objetivos que podem apontar caminhos possíveis no enfrentamento a violência contra a mulher. O enfrentamento à violência não é somente um plano restrito à prática profissional diária, mas convoca a gestão nesse processo e na elaboração de diferentes estratégias. Entre elas, a avaliação dos fatores de risco, a promoção de um ambiente familiar adequado e o combate a fatores que venham a contribuir para sua disseminação (LOPES; GEMITO; PINHEIRO, 2012). Ressalta-se que essas áreas de atuação podem ser abordadas na saúde, à exemplo da Atenção Primária, considerando o vínculo, a longitudinalidade e o ordenamento do cuidado deste setor da saúde pública. Nesse aspecto, ações como a de acolhimento e de escuta qualificada se tornam ferramentas potentes na identificação e manejo dos casos de violência (SILVA; RIBEIRO, 2020).

Em relação as Leis/Decretos apresentadas que focam na reorganização administrativa, sugerem um esforço do Estado em alinhar ações administrativas às restrições orçamentárias o que aponta para a busca de otimização de recursos humanos e financeiros. Foi verificado a atualização de estruturas como o Fórum Estadual Permanente de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres do Campo e a Câmara Técnica do Pacto Estadual pelo Enfrentamento à Violência Contra a Mulher, que desempenham papéis cruciais na formulação e monitoramento de políticas públicas. A atualização dos fóruns e câmaras técnicas, como no caso do Fórum voltado para as mulheres do campo, reflete uma preocupação em chegar até populações vulneráveis que enfrentam desafios específicos relacionados à violência e à desigualdade. A participação de instituições como o Instituto

Jones dos Santos Neves (IJSN) no Comitê Gestor do Plano Estadual de Políticas para Mulheres, pode indicar busca por interdisciplinaridade e fortalecimento técnico nas discussões e ações.

Em relação a alguns desafios encontrados nesse grupo de leis referentes a reorganização administrativa, ressalta-se que o expressivo número de mudanças em relação a construção e desconstrução de conselhos, fóruns e comitês exige esforços e atenção por parte dos gestores para evitar sobreposição de competências e garantir que as ações sejam complementares e eficazes. Para assim, tornar o itinerário da vítima pelos serviços mais resolutivo e integrado no enfrentamento à violência. Na área da saúde, percebe-se que quando o cuidado à vítima de violência não é bem planejado, pode expor a mulher à revitimização, principalmente devido a falha de comunicação entre os serviços e má qualificação e treinamento dos profissionais em acolher de forma integral as demandas da vítima. Ainda, a transformação das estratégias de abordagens ou fluxo de atendimento às vítimas de violência, assim como as mudanças de cargos e funções deve vir acompanhada de treinamento e capacitação para que os profissionais estejam preparados para lidar com as demandas específicas das políticas públicas de gênero (ALVESI *et al.*, 2021). Promovendo, dessa forma, encaminhamentos mais assertivos na rede de atenção à saúde e entre os demais setores.

O quadro referente as Leis voltadas para a Ampliação dos serviços às mulheres e Garantias de direito verificamos que grande parte das leis visa criar estruturas ou mecanismos que fortaleçam a proteção às mulheres vítimas de violência doméstica, como o “*WhatsApp da Penha*”, o “Código Sinal Vermelho” e a obrigatoriedade de comunicação de violência por condomínios. Medidas como o direito de preferência na matrícula de filhos, guarda de animais de estimação e a criação de incentivos fiscais para empresas que contratam mulheres vítimas de violência indicam a atenção às necessidades específicas dessas mulheres.

No âmbito da saúde, os profissionais observam um desafio em estabelecer um plano de cuidado pós enfrentamento a violência, considerando a recorrente dependência emocional e/ou econômica da vítima em relação ao agressor. Assim, ações que incentivam a contratação de mulheres vítimas de violência contribui para sua independência financeira e reintegração social, reduzindo ciclos de abuso. Repercutindo no fortalecimento da autonomia da mulher sobre a própria vida, refletindo em melhorias no aspecto biopsicossocial, reverberando em avanços importantes no plano de cuidados das vítimas trabalhados na área da saúde, fortalecendo o impacto e a relevância das ações intersetoriais (GUZMÁN, 2000; CONTERATTO; MARTINS, 2016). O caminho para firmar políticas com este propósito ressalta a necessidade de se construir uma institucionalidade estatal responsável por trabalhar sobre as desigualdades de gênero que auxilie o fortalecimento de ações, planos e projetos que direcione a melhoria na qualidade de vida de mulheres (GODINHO, 2000; GUZMÁN, 2000; CONTERATTO; MARTINS, 2016; MACHADO, 2016).

Portanto, os aspectos biológicos, psicológicos, questões judiciais, policiais e socioeconômicas devem ser avaliados no contexto vivenciado por essas mulheres (MENEZES *et al.*, 2014). O enfrentamento da violência contra as mulheres exige a ação conjunta dos diversos setores das políticas públicas (saúde, segurança pública, justiça, educação, assistência social etc.), em concertação com entidades da sociedade civil, com o objetivo de promover ações que fortaleçam a cidadania feminina e garantam um atendimento qualificado e humanizado àquelas em situação de violência (Brasil, 2011).

Quanto as leis que objetivam criar datas de promoção/divulgação/articulação do enfrentamento à violência contra a mulher, podemos destacar que datas como o *Dia Estadual de Mobilização pelo Fim da Violência contra a Mulher*, o *Dia Marielle Franco de Enfrentamento à Violência Política contra Mulheres Negras, LBTQIA+ e Periféricas* e o *Agosto Lilás* mostram um esforço contínuo para manter o tema em destaque na sociedade. Essas campanhas visam educar o público, promover

diálogos e reforçar a importância do enfrentamento às diversas formas de violência. Iniciativas como o *Dia Estadual da Mulher Sambista*, o *Dia da Mulher Cooperativista* e a *Semana Estadual de Incentivo à Participação da Mulher na Política* reconhecem o papel e as contribuições das mulheres em diversos âmbitos e ações específicas, como a promoção de igualdade nas premiações esportivas, auxiliam a luta por equidade em áreas historicamente marcadas por desigualdades.

A violência contra mulheres no Brasil é pautada em um histórico cultural patriarcal e androcêntrico, que se constitui na desigualdade das relações de poder existentes e manifestadas com tendência a causar submissão e diminuir a mulher em relação ao homem, o que gera sua vulnerabilização (LIRA; BARROS, 2015; GOMES *et al.*, 2016). O *Dia Estadual da Mobilização dos Homens pelo Fim da Violência Doméstica* incentiva a participação ativa de homens na redução/fim da violência, promovendo mudanças em padrões de comportamento. A vedação do uso de recursos públicos para contratar espetáculos que desvalorizem mulheres ou incentivem a violência é uma medida relevante para combater mensagens prejudiciais e reforçar a conscientização cultural.

Na área da saúde, essas datas de promoção/divulgação/articulação de assuntos sobre o enfrentamento a violência são constantemente incorporadas em ações de educação em saúde, ações em saúde escolar, ações de empoderamento da população acerca da identificação e enfrentamento a violência contra a mulher. Os profissionais de saúde atuam considerando que a informação é um importante elemento nessa problemática, visto que os agressores por vezes se beneficiam da desinformação das vítimas sobre o reconhecimento das agressões e suas respectivas formas de romper o ciclo de violência (SILVA; SIELSKIS; BOLFORINI, 2024). Apesar da criação de diversas datas e semanas comemorativas, é essencial garantir que essas ações não se limitem ao calendário oficial, mas sejam acompanhadas de campanhas efetivas e participação popular (AVELAR; MALFITANO, 2018).

As limitações do estudo se dão devido a abrangência da plataforma virtual de dados da busca das leis e decretos, a alimentação e atualização do banco de dados pode refletir em resultados mais amplos. O estudo não propõe a conferir a efetividade das leis e decretos vigentes, somente a listá-los de discuti-los.

## **Considerações finais**

Conclui-se que os decretos-lei identificados se concentram em 4 eixos de intervenção: agir com agressor (7,25% das leis); mudança administrativa / reorganização do serviço (15,94% das leis); ampliação dos serviços às mulheres/garantias de direito (37,68% das leis); data de promoção/divulgação/articulação do enfrentamento à violência contra a mulher (39,13% das leis). No ano de 2014, primeiro ano de busca desta revisão, foram 3 publicações de leis e decretos voltadas para as mulheres, 100% focadas na promoção/ divulgação /articulação do enfrentamento a violência contra a mulher. Já no último ano de busca, em 2024, foram 11 publicações sendo essas distribuídas da seguinte forma: agir com agressor (10% das leis); mudança administrativa / reorganização do serviço (27,27% das leis); ampliação dos serviços às mulheres/garantias de direito (45,45% das leis); data de promoção/divulgação/articulação do enfrentamento à violência contra a mulher (18,18% das leis). Isso aponta para uma visão mais ampliada de intervenção.

Essas ações somam forças e reflexões no setor saúde, considerando as seguintes repercussões: a) fortalecimento da identificação dos perfis dos agressores e vítimas, auxiliando os profissionais a terem um olhar mais sensível às situações com maior possibilidade de ocorrência de violência de gênero; b) a reorganização administrativa dos serviços de atendimento às mulheres vítimas de violência deve-se atentar a cumprir um papel resolutivo na área da saúde e intersetorial, acompanhada de treinamentos dos profissionais para reduzir os

processos de revitimização; c) ações que auxiliam a garantia de direitos à vítimas de violência podem culminar em independência financeira/social da vítima em relação ao agressor, promove avanços nos planos de cuidados das vítimas e melhoria na qualidade de vida; d) as datas de promoção/divulgação/articulação acerca do enfrentamento às violências auxiliam a incentivar ações de educação em saúde, fortalecendo o empoderamento das vítimas e promovendo o rompimento dos ciclos de violência.

O quadro legislativo do Espírito Santo mostra atuação no enfrentamento à violência contra a mulher, buscando alinhar às demandas sociais e legais. No entanto, os benefícios só poderão ser plenamente alcançados se os desafios de aplicação, fiscalização e integração entre normas forem enfrentados com políticas públicas bem estruturadas e adequados investimentos. Ainda, atuando de forma intersetorial, ressaltando o potencial dos cuidados dos profissionais do setor da saúde no processo de enfrentamento às violências.

## Referências

- ALVESI, F. R. D.; MENDONÇA, G. J. M. G.; PECORELLI, D. G.; OLIVEIRA, M. C. C.; AZEVEDO, N. O.; RAMOS, A. L. B. M.; *et al.* Análise de instrumentos de apoio aos profissionais de saúde da atenção primária frente aos casos de violência contra a mulher. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 6, p. e8179, 29 jun. 2021. <https://doi.org/10.25248/reas.e8179.2021>.
- AVELAR, M. R.; MALFITANO, A. P. S. Entre o suporte e o controle: a articulação intersetorial de redes de serviços. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 10, p. 3201-3210, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182310.13872018>. Acesso em: 1 dez. 2024.
- BRASIL. Cadastro nacional de violência doméstica. **Livro: Uma cartografia da maratona de direitos fundamentais**. Brasília:

- CNMP, 2021. ISBN 978-65-89260-09-7. Pág. 83. Disponível em: [https://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/documentacao\\_e\\_divulgacao/doc\\_biblioteca/bibli\\_servicos\\_produtos/BibliotecaDigital/BibDigitalLivros/TodosOsLivros/Uma-cartografia-da-maratona-de-direitos-fundamentais.pdf#page=83](https://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/documentacao_e_divulgacao/doc_biblioteca/bibli_servicos_produtos/BibliotecaDigital/BibDigitalLivros/TodosOsLivros/Uma-cartografia-da-maratona-de-direitos-fundamentais.pdf#page=83). Acesso em: 23 jan. 2024.
- BRASIL. Lei n.º 11.340, de 7 de agosto de 2006. **Diário Oficial da União**, 2006. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm). Acesso em: 20 out. 2024.
- BRASIL. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres**. Brasília, 2011.
- BRASIL. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres 2013-2015**. Brasília, 2013. Disponível em: [https://oig.cepal.org/sites/default/files/brasil\\_2013\\_pnpm.pdf](https://oig.cepal.org/sites/default/files/brasil_2013_pnpm.pdf). Acesso em: 20 out. 2024.
- BRASIL. Secretaria Especial de Políticas para Mulher. **Pacto nacional pelo enfrentamento à violência contra as mulheres**. Brasília, DF, 2011. Disponível em: <http://www.spm.gov.br/sobre/publicacoes/publicacoes/2011/pacto-nacional>. Acesso em: 20 out. 2024.
- BRASIL. **Violência contra as mulheres no Brasil**: análise dos dados da Central de Atendimento à Mulher. Brasília: Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/centrais-de-conteudo/ligue-180/balanco-ligue-180-2015-10-anos.pdf>. Acesso em: 20 out. 2024.
- CONTERATTO, D., MARTINS, C. H. B. Transversalidade e integração em políticas públicas de gênero: análise da Rede Lilás no Rio Grande do Sul. **Texto Para Discussão FEE**, 144. 2016. Disponível em: <https://www.fee.rs.gov.br/tedes/>

- [transversalidade-e-integracao-em-politicas-publicas-de-genero-analise-da-rede-lilas-no-rio-grande-do-sul/](#). Acesso em: 10 jan. 2025.
- DINIZ, D.; MEDEIROS, M. Violência contra a mulher e saúde pública no Brasil: impactos e desafios. In: SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. (Eds.). **Saúde das Mulheres no Brasil: Perspectivas para Atenção Integral e Redução das Desigualdades**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2019. p. 45-62.
- D'OLIVEIRA, *et al.* Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero: uma alternativa para a atenção primária em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 4, p. 1037-1050, jul./ago. 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000400011>. Acesso em: 17 out. 2024.
- ESPÍRITO SANTO. INSTITUTO JONES DOS SANTOS NEVES (IJSN). **Observatório da Mulher: Dados e Indicadores sobre a Violência contra a Mulher no Espírito Santo**. Vitória: IJSN, 2023. Disponível em: <https://ijsn.es.gov.br>. Acesso em: 20 out. 2024.
- FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA (FBSP). **Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2022**. 16. ed. São Paulo: FBSP, 2023. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/publicacoes/anuario-brasileiro-de-seguranca-publica-2022/>. Acesso em: 20 out. 2024.
- GODINHO, T. A ação feminista diante do Estado: As mulheres e a elaboração de políticas públicas. In: FARIA, N.; SILVEIRA, M. L.; NOBRE, M. (Org.). **Gênero nas políticas públicas: Impasses, desafios e perspectivas para a ação feminista**. São Paulo: SOF, 2000. p. 26-37.
- GUZMÁN, V. A equidade de gênero como tema de debate e de políticas públicas. In: FARIA, N.; SILVEIRA, M. L.; NOBRE, M. (org.). **Gênero nas Políticas Públicas: impasses, desafios e perspectivas para a ação feminista**. São Paulo: SOF, 2000. p. 63-86.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua**

- (PNAD Contínua) 2021. Rio de Janeiro: IBGE, 2022. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 19 out. 2024.
- KIND, L.; *et al.* Subnotificação e (in)visibilidade da violência contra mulheres na atenção primária à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 9, p. 1805-1815, set. 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00096312>. Acesso em: 27 out. 2024.
- LIRA, K. F. S.; BARROS, A. M. Violência contra as mulheres e o patriarcado: um estudo sobre o sertão de Pernambuco. **Revista Ágora**, v. 22, p. 275-297, 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/agora/article/view/2345>. Acesso em: 15 out. 2024.
- LOPES, M.; GEMITO, L.; PINHEIRO, F. (Coord.). **Violência doméstica**: Manual de Recursos para a Rede de Intervenção Integrada do Distrito de Évora. Universidade de Évora, 2012. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10174/7113>. Acesso em: 11 dez. 2024.
- MACHADO, L. Z. Feminismos brasileiros nas relações com o Estado: Contextos e incertezas. **Cadernos Pagu**, (47), e16471. 2016. <https://doi.org/10.1590/18094449201600470001>.
- MARTINS, A. C. S.; BERNARDO, Á. C.; SILVA, J. D. G.; FERRAZ, L. M. A assistência de enfermagem às mulheres vítimas de violência. **Revista Multidisciplinar Em Saúde**, 2(4), 183. 2021. <https://doi.org/10.51161/rem/s/2620>.
- MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, 17(4), 758-764. 2008. <https://doi.org/10.1590/S010407072008000400018>.
- MENEZES, M. P. R.; *et al.* Process of dealing with violence against women: intersectoral coordination and full attention. **Saúde e Sociedade**, v. 23, n. 3, p. 778-786, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.1806-9584>. Acesso em: 1 dez. 2024.
- ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS (OEA). Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (Convenção de Belém do Pará). **Convenção**

- Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (Convenção de Belém do Pará).** 9 de junho de 1994. Disponível em: <http://www.oas.org/juridico/portuguese/tratados/a-61.html>. Acesso em: 19 out. 2024.
- SANTOS, C. M. C.; PIMENTA, C. A. M.; NOBRE, M. R. C. The PICO strategy for the research question construction and evidence search. **Rev Latino Am Enfermagem [Internet]**. 15(3): 508-11. 2007. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000300023>.
- SILVA, T. H. C.; SIELSKIS, J. C. M. Q.; BOLFARINI, I. C. M. A prevenção como forma de combater a violência contra a mulher: caminhos para padronização de campanhas a partir da experiência da polícia civil de goiás. **Argumenta journal law**, [s. l.], n. 42, 2024. Disponível em: <https://seer.uenp.edu.br/index.php/argumenta/article/view/1442>. Acesso em: 24 jan. 2025.
- SILVA, V. G.; RIBEIRO, P. M. Violência contra as mulheres na prática de enfermeiras da atenção primária à saúde. **Escola Anna Nery**, 24(4), e20190371. 2020. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0371>.

Parte 2

---

# Prática do cuidar

# A ciranda política do cuidado intergeracional: o fenômeno da multiplicidade de lares governados por mulheres

*Ariane Silva Carvalho • Rita de Cássia Duarte Lima •  
Maria Angélica Carvalho Andrade*

O fenômeno em expansão do significativo aumento de domicílios liderados por mulheres, constitui uma realidade complexa e multifacetada, resultando em um conjunto progressivo de transformações econômicas, sociais, políticas, culturais e comportamentais. Nos últimos doze anos, o número de mulheres que passaram a ser chefes de família aumentou consideravelmente, atingindo, no ano de 2022, a maior taxa até o momento (IBGE, 2022), importante destacar que as mulheres se tornam chefes de família principalmente por serem mães.

As discussões acerca do suporte de cuidado às mulheres chefes de família são escassas e incipientes, em especial a importância de novos arranjos para o apoio e manutenção de famílias de classe trabalhadora,

nesse contexto de desigualdades das relações de gênero, raça e classe que mantem os processos de exploração, exclusão e apropriação, vivenciado por mulheres, sobretudo as negras (CEERT, 2024).

Nessa pesquisa exercitamos o distanciamento do patriarcado, nos propondo um movimento de ciranda, desaprender, criar estratégias para fazer repensar o processo da política do cuidado intergeracional, o enfrentamento ao machismo, sexismo, etarismo, racismo e invisibilidade das mulheres. Problematicamos a contribuição de outros membros como suporte de cuidado familiar, destacando a importância da rede de apoio intergeracional, considerando o fenômeno da multiplicidade de lares governados<sup>1</sup> por interseções de mulheres.

Quanto aos objetivos, a investigação se delimitou nas modalidades descritiva e exploratória, promovendo maior familiaridade com o tema para que seja possível a elaboração de hipóteses que respondam ao problema proposto. No que diz respeito à abordagem, a pesquisa é qualitativa, a fim de aprofundar a compreensão do fenômeno da multiplicidade de lares governados por mulheres. Sendo realizada uma revisão bibliográfica, por meio de análise de produções acadêmicas publicadas.

Este capítulo é dividido em quatro seções: a primeira, intitulada “Diversidade e multiplicidade de mulheres: a distopia do cuidado operando em suas famílias”, para o entendimento do predomínio das famílias monoparentais lideradas por multiplicidade de mulheres na sociedade brasileira; a segunda, “A feminização do envelhecimento”, sobre mulheres responsáveis pelo lar, sofrendo impacto na saúde, uma área da vida delas que precisa de uma atenção especial (SCOTT, 2002),

---

1 Assim como Sueli Carneiro e Thereza Santos, acreditamos que as mulheres produzem políticas governamentais em todos os espaços que ocupam. Ao optarmos em trazer o fenômeno da multiplicidade de lares governados por mulheres, fazemos uma opção de cunho epistemológico. A categoria “governados” se referem às práticas construídas a partir de relações sociais, alinhadas aos saberes e tradições de uma comunidade.

tendo em vista que as jornadas duplas ou triplas não permitem que essas mulheres cuidem da saúde de forma preventiva e; a terceira, “O cuidado familiar intergeracional: enquadramentos sociais ao quais as mulheres são submetidas e classificadas”, sobre o fenômeno da chefia feminina que resulta em um conjunto de dificuldades suplementares, como ter que administrar sua dupla participação nas esferas da produção e da reprodução, trazendo uma sobrecarga de trabalho e cuidado; e a quarta, “Mulheres pretas cuidando dos seus e desatando nós”, mostra que, quando não conseguem cuidar dos seus como gostariam, vivenciam processo de culpabilização, e ainda acreditam que não merecem ser cuidadas. São essas mulheres que vivem em uma situação de sobrecarga, acúmulo de jornada e vulnerabilidade.

Ressalta-se a relevância das redes de apoio e da ciranda de cuidados,

[...] que podem facilitar ou tornar possível o desenvolvimento saudável das famílias, contribuindo com sua função protetiva e com a promoção da autonomia e individuação dos membros. Nesse sentido, as redes de apoio cumprem importantes papéis em situações de crise ou contextos adversos como fatores de proteção ou promoção de saúde, uma vez que atuam de modo a fortalecer os vínculos familiares (BENATTI *et al.*, 2021, p. 10).

## **Diversidade e multiplicidade de mulheres: a distopia do cuidado operando em suas famílias**

Segundo Pacheco (2005), o fenômeno de mulheres serem chefes de família acontece desde do século passado, quando homens saiam de casa em busca de melhores trabalhos em outras cidades ou estados, as mulheres acabavam se tornando as responsáveis pelos lares mesmo tendo a presença de um cônjuge, a outra categoria seria das mulheres que são chefes de família com a ausência do cônjuge,

importante destacar que mulheres negras trabalharam nos grandes centros como lavadeiras, passadeiras, fazendo quitutes, para poderem comprar a carta de alforria de seus companheiros e filhos na época da escravização.

Oliveira (1999) nos convida a repensar: no contexto histórico, as mulheres foram criadas e educadas para serem do lar, esposas e mães, mas com a ascensão da mulher ao mercado de trabalho, nota-se uma sobrecarga de trabalho, em que a rotina feminina começa em casa, vai para o trabalho fora de casa (remunerado), e finaliza dentro de casa, já que o papel do cuidado permanece sendo executado exclusivamente pelas mulheres, mesmo que essas tenham a maior renda do lar.

As possibilidades de experienciar a maternidade não são as mesmas para todas as mulheres. Um ideal de maternidade distante das possibilidades de vida da maioria das mulheres, que sequer é cobrado do mesmo modo de outros extratos sociais, as discriminações raciais, pobreza e de gênero, ao lado das tentativas de silenciar vozes que expõem violações de direitos humanos, configura a realidade das mulheres negras na atualidade.

A temática da monoparentalidade é reconhecida como um processo complexo e pluridimensional (BENATTI *et al.*, 2021). Na maioria das famílias monoparentais chefiadas por mulheres, essas mães vivem a rotina diária sozinhas, sem apoio da família e dos cônjuges ou parceiros, o que leva a demandar a presença de redes de apoio e proteção. Em 2022, o Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos evidenciaram que dos 38,1 milhões de lares liderados por mulheres, as mulheres negras lideravam 21,5 milhões de lares (56,5%) e as não negras, 16,6 milhões (43,5%), (DIEESE, 2023).

Com relação a esse fenômeno da monoparentalidade, faz-se necessário destacar duas apresentações, a família monoparental simples e a família monoparental extensa. A primeira abrange os casos em que um adulto tem sob sua guarda filhos ou outras crianças e adolescentes, sem coabitar com outros adultos. A segunda forma, por sua vez, se refere aos casos em que um adulto, considerado o responsável

familiar, possui sob sua guarda crianças ou adolescentes coabitando com outros adultos, parentes ou não.

De acordo com o estudo do Agência Brasil (2023), os lares chefiados por mulheres negras, representam 22%, e são essas que sofrem com o problema da fome e insegurança alimentar, quase o dobro em relação aos liderados por mulheres brancas (13,5%). A falta de alimentos foi maior quando uma mulher negra estava à frente da chefia domiciliar 33%. As mulheres negras, quando não consegue cuidar dos seus como gostaria, vivencia processo de culpabilização, vivendo uma situação de sobrecarga, acúmulo de jornada e vulnerabilidade.

As lutas das mulheres pelo bem viver nunca foram por melhorias salariais, apenas, trata-se de (re)existência. É uma tríade de acesso, a possibilidade de escolha e a garantia dos direitos. Como cuidar dos seus se não se tem políticas de saúde de autocuidado, sem que isso represente uma faceta do egoísmo ou sentimento de culpabilização?

## **A feminização do envelhecimento**

No Brasil ocorreu um aumento da idade populacional em especial das mulheres, estima-se que em 2050, 54% da população mundial será composta por mulheres com 65 anos ou mais (UNITED NATIONS, 2019), além disso as mulheres vivem mais também, os homens possuem uma expectativa de vida de 72,8 anos, e as mulheres, uma expectativa de vida de 79,9 anos (IBGE, 2018), este cenário recebe o nome de feminização do envelhecimento.

Para Felix (2016), esse aumento de idade não é acompanhado pelo mercado de trabalho: a partir de 25 anos de idade, a oferta de trabalho diminui para as mulheres, e a partir dos 50 anos a taxa de mulheres com emprego formal seria de 20%. Ao mesmo tempo, ao entrar no mercado de trabalho muito cedo, ocorre a ausência de experiência e encontra-se dificuldade para o início do trabalho formal das mulheres.

Nesse cenário, as famílias chefiadas por mulheres, principalmente nas camadas mais pobres da população:

[...] são em grande parte associadas às situações de vulnerabilidade econômica, pois a mulher, como único membro adulto do domicílio, é sua provedora, além de assumir funções domésticas e o cuidado com os filhos, o que implica sua vinculação em trabalhos mal remunerados em tempo parcial ou intermitente, gerando assim maiores dificuldades para garantir a subsistência da própria família (PINTO *et al.*, 2011, p. 169).

Harding (2013) propõe uma reflexão sobre a interseccionalidade associada à categoria idade, e como se daria esse impacto na vida profissional, mas especificamente em mulheres em situação de vulnerabilidade que historicamente são vistas como figuras do lar e do cuidado. Com os povos originários aprendemos que o suporte e o envolvimento nas relações de cuidado nas diferentes gerações de mulheres, das grãos às mais jovens, têm sido influenciados pela proximidade das residências e pelo nível de compreensão por parte dos avós acerca das relações com as crianças.

## **O cuidado familiar intergeracional: enquadramentos sociais aos quais as mulheres são submetidas e classificadas**

Para entendermos os relacionamentos intergeracionais contemporâneos, precisamos considerar a diversidade e o contexto das experiências familiares, se considerarmos ainda a intergeracionalidade, podemos dizer que esse sistema tem uma continuidade e um nível de complexidade que desafiam as relações de gênero na atualidade.

Atualmente, as transformações socioculturais e econômicas que vem provocando a inserção em massa das mulheres no mercado de

trabalho e sua crescente contribuição no papel de provedor da família, tem afetado as relações familiares e influenciado a divisão de tarefas domésticas.

A figura feminina está ligada ao cuidado com os estudos, o preparo da comida, o cuidado durante a enfermidade, a casa limpa, cumprido pelas mães, tias, avós, irmãs, ou associado às tias da cozinha, às moças da limpeza e à enfermeira do posto. O ciclo se renova quando meninas ganham bonecas e são ensinadas a chamá-las de filhas, brincam de casinha, ganham fogões, panelinhas enquanto os meninos ganham bolas, carrinhos, videogames.

Os indicadores sociais e os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2024) apontam um aumento de avós que atuam com participação no orçamento geral da família. Importante destacar a ligação afetiva entre avós e netas, oferecendo às crianças maior segurança nas atividades, construção de uma base sólida para a assimilação dos diversos campos de ensinamentos, contribuindo na educação e formação de crianças e adolescentes saudáveis.

De acordo com Oliveira (2011), são as avós que mais tem desempenhado atividades relativas aos cuidados com as netas e netos, assumindo um compromisso e responsabilidade pela prole de suas/seus filhas/filhos, ainda que essa atividade possa lhes trazer algum prejuízo em suas atividades diárias. As avós, vivenciam lares multigeracionais, mas os laços que se criam com os netos, sendo a responsável pelo elo de ligação entre as gerações, transmitindo através da oralidade tradições da família e sobre a vida.

## **Mulheres pretas, cuidando dos seus e desatando nós**

Vidas Negras Importam é um princípio elementar para a efetivação de cuidado e conexão que ampliam a potência de vida das mulheres pretas, incluindo a possibilidade manterem o sustento de seus filhos vivenciando julgamentos da sociedade. Precisamos romper os dizeres

do senso comum de que maternidade “não tem cor” e pensar que a concepção de maternidade é única, porque a cor no Brasil sempre foi e continua sendo motivo de escárnio, discriminação e violência.

Quando se fala sobre economia do cuidado dentro da realidade de mulheres negras de favelas e periferias, é preciso colocar na conta que além do tempo gasto em tarefas domésticas, elas participam menos do mercado de trabalho e são mais afetadas pela pobreza. Fomos ensinadas uma concepção de cuidado pensada, idealizada a partir de uma perspectiva patriarcal, eurocentrada, cis, heteronormativa, em uma estrutura cristã.

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (Pnad Contínua) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) 2023, aponta que das 6.067 mil pessoas ocupadas em serviços domésticos no Brasil eram mulheres negras (66%), 16% delas tinham os serviços domésticos como principal fonte de emprego e renda. Nesse aspecto concordamos com Souza (2022), o racismo se transforma em força social e numa das estruturas da sociedade brasileira, perpetuando a engrenagem da mão de obra negra mal remunerada que sustenta o capitalismo brasileiro.

Gonzalez (1984) nos abraça e nos convoca a refletir, quando descreve a mulher “destinada ao casamento, ao cuidado e às atividades do lar” estamos falando de um tipo social, racial e territorialmente localizado. Historicamente, a figura da mulher negra não foi construída em torno da fragilidade, tampouco da feminilidade. Ao contrário, as representações destas mulheres giram em torno da figura da mucama, da ama-de-leite e da “mãe-preta”. Por este motivo, há uma narrativa branca que não é a narrativa que melhor contempla nossa preocupação com o significado histórico da maternidade para as mulheres negras.

Cabe destaque às lutas feministas, que propõem enfrentamentos às adversidades que acompanham as possibilidades de ser mulher e mãe – pobre, negra, indígena ou em situações diversas de vulnerabilidade no Brasil, e muitas vezes mães solas, mesmo quando inseridas

no mundo de trabalho. Com Vilma Piedade (2017) nos provoca a pensar que a racialidade é um marcador importante que cruza as vidas das mulheres negras, há necessidade de pensar as experiências das dores causadas pelo racismo nas vidas das mulheres negras, “a dororidade”.

Patrícia Hill Collins (2021) nos convoca a uma ética do cuidado e da responsabilidade entre mulheres negras, e está se desenvolve desde a infância e é diferente de um cuidado de si, que se pauta na lógica individualista. A autora preta demonstra como os aspectos do cuidado estão atrelados a uma dinâmica coletiva de sobrevivência. Entretanto, a mãe continua como a principal cuidadora. Esse cuidado atinge principalmente as famílias monoparentais, chefiadas por mulheres.

## **Considerações finais**

Nesse contexto, a atuação do movimento negro, movimentos feministas e movimento de mulheres negras é essencial para potencializar as vidas das mulheres brancas, pretas, pardas, indígenas e amarelas onde elas possam ecoar suas vozes e criar mecanismos coletivos para sacudir essa sociedade patriarcal e machista.

A sobrecarga de trabalho de mulheres que lideram diversidade de famílias, que têm duplas ou até triplas jornadas, em que a maioria tem apenas uma folga na semana, que é dívida entre descanso, limpar a casa, ficar com os(as) filhos(as), resulta num desgaste não apenas físico, mas também mental, pois ocorre o comprometimento da qualidade de vida e saúde dessas mulheres.

Nesse contexto, na atualidade as avós têm sido um potente suporte de cuidado familiar intergeracional, além de amparar de modo afetivo, rede de apoio, financeira, acabam criando filhos(as), depois netos(as), seguindo gerações em que a mulher segue responsável pelo cuidado agora não apenas do lar, mas também emocional.

Para que ocorra mudança, é necessário que ocorra a criação e a efetivação de políticas de igualdade de gênero, o combate ao racismo

em todas as esferas, ao machismo não apenas no mercado de trabalho, mas também sobre o cuidado com os filhos e redução da desigualdade econômica.

Urgente a necessidade de uma política pública de cuidado para as mulheres. Qual a cor, raça e território das cuidadoras? Cuidar das mulheres pretas é garantir cuidado para toda sociedade. Lélia Gonzalez (2020, p. 218) traz: “a mulher negra permanece como setor mais explorado e oprimido da sociedade brasileira, uma vez que sofre uma tríplice discriminação social, racial e sexual”.

Importante reconhecer os passos de quem veio antes, o cuidado como um movimento coletivo e pisar no chão devagarinho. E assim para nós o cuidado é circular, como uma roda de capoeira, uma ciranda, ou um samba, que não se dança só.

Alguém me avisou<sup>2</sup>  
Pra pisar nesse chão devagarinho.  
Sempre fui obediente,  
Mas não pude resistir.  
Foi numa roda de samba  
Que eu juntei-me aos bambas  
Pra me distrair.  
Quando eu voltar à Bahia  
Terei muito que contar.  
Ó padrinho não se zangue,  
Que eu nasci no samba.  
Não posso parar.

---

2 Trecho da música “Alguém me Avisou Dona Ivone Lara: voz e corpo da sin-  
copa do samba. 2005.

## Referências

- AGÊNCIA BRASIL. **Famílias chefiadas por pessoas negras são mais atingidas pela fome.** [S. l.: s. n.], 2023. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2023-06/familias-chefiadas-por-pessoas-negras-sao-mais-atingidas-pela-fome>. Acesso em: 17 nov. 2024.
- BENATTI, P. A. *et al.* **Famílias Monoparentais: Uma Revisão Sistemática da Literatura.** [S. l.: s. n.], 2021.
- BRONFENBRENNER, U. Ecological models of human development. **International Encyclopedia of Education** (Vol. III, pp. 1643-1647). Oxford: Elsevier Science, 1994.
- CARNEIRO, S.; SANTOS, T. **Mulher negra; Política Governamental e a mulher.** São Paulo, Brasil: NOBEL; Conselho estadual da condição feminina, 1985.
- COLLINS, P. H.; BILGE, S. **Interseccionalidade.** São Paulo: Boi Tempo, 2021.
- DIEESE. Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos. Boletim Especial 8 de Março dia da Mulher: As dificuldades das mulheres chefes de família no mercado de trabalho. **Boletim Especial 8 de Março dia da Mulher: As dificuldades das mulheres chefes de família no mercado de trabalho.** [S. l.: s. n.], 2023.
- FELIX, J. O idoso e o mercado de trabalho. *In:* ALCÂNTARA, A. de O.; CAMARANO, A. A.; GIACOMIN, K. C. **Política nacional do idoso: Velhas e novas questões.** IPEA. 241-263. Rio de Janeiro, RJ: IPEA, 2016. p. 241-263.
- GONZALEZ, L. **Por um feminismo Afro-latinoAmericano.** [S. l.: s. n.], 2020.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Brasileiro de 2022.** [S. l.: s. n.], 2022. Disponível em: <https://censo2022.ibge.gov.br/apps/pgi/#/home/>. Acesso em: 17 nov. 2024.

- OLIVEIRA, N. S. M. N. de; LIMA, J. F. de. Pobreza das mulheres chefes de família da região nordeste do Brasil: uma análise multidimensional. **Revista Brasileira de Gestão e Desenvolvimento Regional**. V. 19, n. 3, Set-Dez/2023.
- OLIVEIRA, M. R. **As relações intergeracionais e a participação dos avós na família dos filhos**. 2011. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, Brasil, 2011.
- OLIVEIRA, C. B. F. de; TORRES, E. N. da S.; TORRES, O. **VIDAS NEGRAS: um panorama sobre os dados de encarceramento e homicídios de Jovens negros no Brasil**. [S. l.: s. n.], 2018.
- PACHECO, A. L. P. de B. **Mulheres pobres e chefes de família**. 2005. Tese (Doutorado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.
- PIEDADE, V. **Dororidade**. São Paulo: Nós, 2017.
- PINTO, R. M. F. *et al*. Condição feminina de mulheres chefes de família em situação de vulnerabilidade social. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 105, p. 167-179, jan./mar. 2011.
- SANTOS, K. **Dona Ivone Lara: voz e corpo da síncopa do samba**. 2005. Tese (Doutorado em Filosofia) – Universidade da Geórgia, Geórgia, 2005.
- SCHEFFER, G. Serviço Social e Dona Ivone Lara: o lado negro e laico da nossa história profissional. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, 2016.
- SCOTT, P. Mulheres Chefes de Família: abordagens e temas para as políticas públicas. **Pré Evento Mulheres Chefes de Família: crescimento, diversidade e políticas**, Nov 2002, Ouro Preto – MG. [S. l.: s. n.], 2002.
- SOUZA, M. L. Capitalismo e racismo: uma relação essencial para se entender o predomínio do racismo na sociedade brasileira. **R. Katál.**, Florianópolis, v. 25, n. 2, p. 202-211, maio-ago. 2022.

# Reflexões sobre o envelhecimento e o processo de cuidar

*Maria Aparecida Moreira Raposo • Sandra Maria Bissoli •*

*Rita de Cássia Duarte Lima*

O Brasil está envelhecendo rapidamente, o que é uma conquista, mas também traz desafios para o governo. Aumentar a expectativa de vida não garante qualidade de vida nos anos adicionais (CAMARANO; PASINATO, 2004).

O envelhecimento populacional é um fenômeno complexo que ocorre em nível demográfico, com mudanças significativas na idade e nas condições de vida ao longo do século XX e início do século XXI. Isso ressalta a necessidade de oferecer alternativas de atendimento adequadas para a população idosa.

Esta conquista da humanidade só poderá ser aceita se também houver qualidade de vida aos anos adicionais, uma vez que viver mais poderá influenciar na ocorrência de fragilidades (PAIXÃO, 2023), principalmente porque o envelhecimento é envolto por diferenças e por desigualdades no campo social numa sociedade capitalista (TEIXEIRA, 2020).

O processo de envelhecimento passa a ser um grande desafio a se enfrentar não apenas para a pessoa idosa, mas por todos que têm o dever de cuidado para com o idoso e, principalmente para as famílias que acabam por zelarem pelo cuidado de seus idosos e também para o Poder Público que deve cumprir o disposto nas políticas públicas para esse segmento populacional.

Obviamente ocorre um aumento na demanda de cuidados com o envelhecimento populacional, mas este é agravado pelo fato de doenças crônicas não serem controladas, por dificuldades de acesso aos serviços de saúde, sejam eles de cunho preventivo, sejam de reabilitação (TEIXEIRA, 2020).

Desta forma o cuidado é um problema que abrange a esfera política, teórica e social que perpassa por dimensões teóricas e que se alicerça no cuidado familiar, principalmente o cuidado com o idoso, exercido principalmente por mulheres com o Estado se isentando do processo. Outra característica da provisão do cuidado é o fato de ser realizado por mulheres negras fruto do período escravocrata que se ancora no racismo estrutural envolto pela colonialidade (GOES *et al.*, 2023).

Neste sentido este capítulo tem cunho reflexivo no objetivo de discutir o envelhecimento e as implicações do cuidar de pessoas idosas dependentes, por mulheres em sua maioria negras que possuem grande sobrecarga de trabalho.

## **O envelhecimento**

Os idosos estão se tornando, cada vez mais, uma parcela proporcionalmente importante da população global, evidenciando, portanto, um franco processo de envelhecimento populacional, que toma força nos países em desenvolvimento com a configuração invertida da pirâmide etária, principalmente no Brasil (IJSN, 2024).

Entre 1950 e 2015, a população mundial de pessoas com 60 anos ou mais cresceu de 205 milhões para quase 901 milhões, representando 12,3% da população global. Até 2030, espera-se que esse número aumente em 56%, atingindo 1,4 bilhão, o que corresponderá a 16,5% da população global (ONU, 2012; ONU, 2020).

No Brasil, o Censo Demográfico de 2022 aponta um aumento de quase 56,0% de pessoas idosas em relação àquela do censo de 2010, com 32.113.490 idosos representando 15,8% da população total, sendo desses 17.887.737 (55,7%) mulheres e 14.225.753 (44,3%) homens (IBGE, 2022).

Viver mais, traduzido em vidas mais longas, é um dos grandes feitos da humanidade, pois remonta a avanços no campo social, econômico e da saúde. Os avanços tecnológicos na saúde, como vacinação e antibióticos, juntamente com a redução da taxa de fecundidade desde a década de 60, aumentaram a longevidade da população idosa no Brasil. Em 1965, a expectativa de vida era de 55,1 anos, e em 2023, é de 76,18 anos (ONU, 2022).

Com o envelhecimento da população, são necessárias revisões no planejamento e na gestão pública, bem como adequação das políticas públicas, uma vez que já são percebidos reflexos do aumento desta parcela da população nas áreas de assistência social, saúde, moradia, trabalho e renda, dentre outras, e ainda deve ser considerado que o envelhecer para uma gama importante de idosos é complexo e, para ser melhor sucedido, deve ser acompanhado de vários fatores protetores, como boa condição de saúde e ambiente que oportunizem mais autonomia e funcionalidade para a pessoa idosa (IJSN, 2024).

O envelhecimento é um processo natural, e a problemática não está no envelhecer, mas em como envelhecer em classes sociais variadas usufruindo de qualidade de vida, em uma sociedade

... que destina ao velho seu lugar e seu papel levando em conta sua idiossincrasia individual; sua impotência, sua experiência;

reciprocamente, o indivíduo é condicionado pela atitude prática e ideológica da sociedade em relação a ele (BEAUVOIR, 1990, p. 16).

Além de questões biológicas, psicológicas presentes na velhice, há também relações de poder envolvidas, fazendo com que não seja apenas um fenômeno individual, mas também coletivo moldado pela construção social e práticas institucionais. Apreende-se então, que o entendimento sobre envelhecimento, colocado sutilmente é uma forma de poder/controlado, marcado por discursos persuasivos, resultando na gradativa adoção pelos indivíduos como se deles fossem. Há uma invisibilidade e não consciência, desse poder, não sendo percebido por quem o exerce e nem por aqueles que se submetem (ALVES; AZEVEDO, 2021).

Embora o idadismo afete várias idades, as pessoas idosas são as que mais sofrem, pois ele acontece quando a idade passa a ser utilizada para a categorização e divisão dos indivíduos de forma que levam a prejuízos, seletividade pautadas em desvantagens (Oficial *et al.*, 2020).

O idadismo institucional manifesta-se por incluir princípios do preconceito de idade em regras, processos formais e culturas institucionais, utilizando um contexto de negatividade ao retratar a pessoa idosa. Este preconceito tem como alicerce conceitos de biopoder, biopolítica, capital humano e eficiência, em que os idosos são considerados menos contribuintes para a sociedade, tendo, portanto, menor valor social e econômico. Este processo de negação da velhice está presente por toda a sociedade, pelo Estado e se manifesta também nas políticas de saúde que insistem em ignorar o envelhecimento, focando mais em políticas para outros grupos etários (LLOYD-SHERLOCK *et al.*, 2016).

Neste sentido o processo de envelhecimento aduz a uma mudança de paradigmas, que vai desde uma ressignificação dos conceitos de idoso e de velhice, bem como das condições caracterizadoras, indo além de marcadores temporais de idade, para abranger novas funções na sociedade. Tais questões se operam tanto em nível individual,

quanto em formas mais abrangentes, como a inserção social da pessoa idosa nos variados meios que se encontra (KESKE; SANTOS, 2019).

Embora o problema não esteja no envelhecer, essa fase da vida envolve perdas biológicas, sociais e econômicas, tornando os idosos mais vulneráveis. A velhice não é uma doença, mas requer investimentos públicos em saúde e assistência social devido à demanda crescente por esses serviços (BRITES *et al.*, 2022).

Em decorrência da modificação na estrutura da população global e principalmente da brasileira, os sistemas previdenciários e de saúde experimentarão um acréscimo importante em suas despesas orçamentárias. Especialmente no setor saúde os gastos podem ser elevados, tornando-se um desafio para esse setor, uma vez que, os cuidados, principalmente os prolongados, tenderão a aumentar devido ao aumento proporcional dos anos de vida dos idosos e da elevação de utilização desse serviço (VERAS, 2012).

Veras (2018) alerta que o Sistema Único de Saúde (SUS) deve se organizar considerando os perfis demográficos e epidemiológicos da população idosa, focando na manutenção da independência, vida ativa, prevenção e promoção da saúde. A magnitude dos gastos em saúde dependerá se esses anos adicionais de vida serão saudáveis ou com enfermidades e dependência. Caldas (2022) acrescenta que para se ter, na velhice, uma vida independente se faz necessário recursos materiais e serviços de apoio social capazes de suprir os vários perfis de pessoas idosas.

O envelhecimento, como um fenômeno, que leva em consideração o humano e social, só é entendido a partir do modo de produção capitalista que produz desigualdades sociais que são aumentadas no envelhecimento do trabalhador e, a maneira como se vive e envelhece, pois, reflete a forma como se viveu desde a infância até a fase adulta. Assim se as condições de vida possibilitaram suprir desde as necessidades física até a social, sabidamente se terá um envelhecimento com maior longevidade podendo usufruir de saúde e bem-estar, mas o contrário também é verdadeiro, pois caso não consiga

suprir suas necessidades resultará em uma interrupção de vida prematura (ESCORSIM, 2021).

Acrescenta-se que o processo de envelhecimento se configura como individual e heterogêneo sendo influenciado, por exemplo, pelo sexo, renda, raça/cor, local onde se vive e que dentro deste grupo populacional há um leque de idades que vão dos 60 anos aos 100 ou mais anos de idade, exigindo uma política pública que contemple todo segmento populacional, uma vez que, devido à ampla faixa etária do grupo, a necessidade de cuidados pode perdurar por longos anos (MDASFCF, 2023).

## **Sobre o cuidado**

A palavra cuidado faz parte do cotidiano da sociedade e o seu sentido passou por várias transformações ao longo do tempo, pois o conceito de cuidado em determinado momento da história é completamente diverso da noção atual de cuidado. Durante muitos anos o cuidado foi associado ao campo de cuidados médicos e em saúde e, somente, a partir dos anos 70 com o movimento feminista que o termo cuidado foi associado a trabalho domiciliar exercido por mulheres sem remuneração (PINHEIRO, 2023).

Para Camarano e Pinheiro (2023) existem dimensões variadas de cuidado não havendo uma concepção única podendo se manifestar em três formas: cuidado como trabalho; cuidado como princípio ético e cuidado como objeto de políticas públicas. Quanto a este último abandona-se a visão de cuidado inerente à experiência humana e imprescindível ao longo da vida e o estabelece como aquele voltado para as pessoas em situação de dependência, neste sentido as políticas de cuidado são aquelas que alocam recursos específicos para o cuidado não remunerado. O cuidado na dimensão ética é aquele inerente à experiência humana, numa lógica de que todos os seres humanos precisam, precisaram ou precisarão de cuidados no decorrer de

seu ciclo vital, havendo, portanto, cuidado a ser prestado à sociedade, assim tem-se o dever de cuidar, o compromisso moral e de valor envolvidos no cuidar. O cuidado na dimensão do trabalho refere-se à maneira histórica da constituição do cuidado cuja responsabilidade recaiu sobre a mulher, de forma naturalizada e como fazendo parte da divisão sexual do trabalho, com a feminização das profissões do cuidar. É o cuidado na dimensão ética que se vê na maioria das relações entre cuidador e cuidado.

Sabe-se que em algum momento e condição da vida vai se precisar de cuidados, seja ele em maior, seja em menor proporção, pois é um processo natural e, em algumas situações, essas demandas se tornam mais necessárias como por exemplo, à medida que as pessoas idosas necessitam de apoio para a realização de atividades da vida diária (MDASFCF, 2023).

Neste sentido, a família assume, na política social da contemporaneidade, a centralidade do cuidado, mesmo que se tenha várias contradições dentro de si, pois a família não é somente um celeiro de solidariedade e afetos, mas também de relações de forças, assumindo uma forma hierarquizada, que reproduz a desigualdades de gênero e gerações. Mesmo nesta contradição, a família assumiu a responsabilidade de proteção social de seus membros por muito tempo sendo fragilizada com a transformação nas relações de produção, que a subjugaram a uma atividade de mercado retirando dela a função de produção e assumindo a de reprodução social, desempenhando transmissão de valores, normas e tradições culturais de geração em geração, com recursos da venda da força de trabalho. Mesmo relegada a esta condição, a família não desaparece, mesmo em estado de maior intervenção social, dada a sua relevância na proteção social (TEIXEIRA, 2020).

No contexto do capitalismo neoliberal, a nova razão mundial é a racionalidade liberal em que o Estado passa a ser mais uma entidade que visa maximizar resultados, que é transmitida para toda a sociedade (QUEIROZ, 2018). Atrelado a isso tem-se o impacto do

envelhecimento populacional, um desmantelamento da proteção social universal das políticas públicas e a expansão de políticas compensatórias que tem como objeto os mais pobres sendo um dos fatores importantes para a geração da crise do cuidado,

O que defendo é que toda forma de sociedade capitalista incuba uma “tendência de crise” (ou contradição) sociorreprodutiva profundamente arraigada: de um lado, a reprodução social é uma condição de possibilidade da acumulação de capital continuada; de outro, a orientação do capitalismo para a acumulação ilimitada tende a desestabilizar os próprios processos de reprodução social dos quais ele depende. Essa contradição sociorreprodutiva do capitalismo está na raiz da chamada crise do cuidado. (FRASER, 2020, p. 262-263)

Em decorrência desta forma capitalista de atuar, o Estado acaba por assumir a posição de coordenador, gestor de uma rede composta por variados atores e instituições que fazem a função de proteção social, sob a roupagem de uma gestão democrática e participativa. E esta forma de gerenciamento do Estado ganha força, no Brasil, com o manto constitucional de 1988, que foca na família a responsabilidade pela proteção social, em que os cuidados, a educação, a guarda, dentre outros, estão inclusos como responsabilidade da família, independentemente da situação de vida e formato, pois o Estado ostenta a bandeira de ofertar subsídios à família para que cumpra sua função social (TEIXEIRA, 2020).

Desta forma, a responsabilidade pelo cuidado está na esfera familiar, mas além desta o Estado, o mercado e a comunidade devem compartilhar esta responsabilidade. O mercado possui parcela importante, pois trata o cuidado, exercido por cuidadores e empregadas domésticas, como uma ocupação que no ano de 2019 absorveu 25% do total da população ocupada sendo constituída por babás, cuidadores de idosos, creches, instituição de longa permanência, entre outros. A

comunidade se coloca como uma prestação de cuidado não profissional, não obrigatório e mais parecido como cuidado por familiares (GUIMARÃES; PINHEIRO, 2023). Para Fontoura (2023), o Estado se ausenta, não realizando políticas públicas universais, recaindo a carga de cuidado sobre a família que busca por soluções conforme os recursos que possui e, aquela que não conseguiu dar conta é direcionada para as políticas sociais e, assim,

Serviços de cuidado não são vistos como política universal do Estado, mas tão somente como política social para permitir que mulheres pobres possam dedicar-se a um trabalho remunerado (FONTOURA, 2023, p. 69).

Atualmente está em andamento a elaboração de uma Política Nacional de Cuidados que visa organizar a forma de provisão de cuidados envolvendo a sociedade, o Estado e a comunidade.

## **O cuidado tem cor e sexo**

O trabalho de reprodução social e o de produção econômica assumem funções diversas dentro da sociedade capitalista, sendo que o primeiro trabalho está destinado à esfera doméstica, sendo remunerado pelo afeto, amor e reservado às mulheres e destinado à criação de crianças, cuidado afetivo, dentre outras atividades, e o segundo pelo dinheiro e ocupado por homens. Desta forma, estruturalmente, por não possuírem remuneração, as mulheres estão subordinadas aos que auferem remuneração, tendo seu trabalho ofuscado e considerado de menor valor, mesmo sendo necessário para a sustentabilidade do trabalho remunerado (FRASER, 2020).

O cuidado, num regime familista como o praticado no Brasil faz com que este se ancore pela familiarização, mercantilização e feminização (AGUIRRE *et al.*, 2014), marcando a forma de provisão, acesso

e fruição dos cuidados. Observa-se dentro desta lógica que o cuidado familiar e de mercado são reservados para as mulheres ocorrendo a feminização do cuidado e, quando mercantilizado há ocupação maciça da mulher negra na oferta desses serviços. A organização do cuidado no Brasil demonstra a realidade estampada no país do racismo e do sexismo, realidade está advinda do período da colonialidade em que a centralidade do cuidado provisionado era exercido pela população negra, em especial pelas mulheres negras, fazendo com que devido ao racismo o cuidado assumisse o *status* de servidão. A cultura colonial do cuidado só poderá ser rompida a partir do exercício de uma construção antirracista, a partir do momento que tanto o racismo quanto o sexismo forem reconhecidos como pertencentes à centralidade do cuidado (GOES *et al.*, 2023).

O relatório “Tempo de cuidar”, elaborado pela Oxfam (2023) informa que 42% das mulheres em vida ativa de todo o mundo estão fora do mercado de trabalho e exercendo atividades de cuidado em seus lares, ao passo que apenas 6% dos homens estão fora do mercado de trabalho e, essa carga pesada do trabalho de cuidar recai sobre mulheres e meninas que em zonas rurais e países de baixa renda chegam a dedicar 14 horas por dia a este trabalho, equivalente a cinco vezes mais que o trabalho de cuidar realizado por homens, o que vem a perpetuar a desigualdade de gênero e econômica entre mulheres e homens.

No Brasil milhões de mulheres destinam muitas horas de seu tempo ao trabalho de cuidar, o que acarreta sobrecarga de trabalho excessiva para as mulheres, em especial as negras, as mais pobres, que auferem menores rendimentos, moradoras de zona rural e periferias das grandes cidades. Tal fato configura uma grande barreira ao exercício de direitos como por exemplo no campo da escolaridade e formação profissional e, conseqüentemente sua inserção e estabilização no mercado de trabalho em nível de igualdade com os homens, principalmente na política. Esta situação favorece a pobreza e da desigualdade, pois influencia a geração de renda e a autonomia econômica da

mulher. Com isso as mulheres estão cada vez mais se distanciando dessa função, uma vez que, a organização do cuidado no estado brasileiro é cada vez mais injusta, desigual, de difícil sustentabilidade marcada por questões éticas, sociais, socioeconômicas, demográficas além de alteração estrutural da família e inserção da mulher no mercado de trabalho (MDASFCF, 2023).

No entanto, mesmo com todas estas questões somado a diminuição do tamanho das famílias o Estado, por meio de suas políticas públicas, ainda insiste em apostar na contribuição da mulher acreditando que ela aguenta e que pode dar conta de cuidar e assim assumirem jornadas dupla, tripla de trabalho, recorrendo a variados subterfúgios e até mesmo interrompendo o desempenho do trabalho remunerado e de seus projetos de vida em um momento político de encolhimento de políticas sociais o que dificulta sua velhice futura, como por exemplo ter uma aposentadoria (TEIXEIRA, 2020).

Além de todas as questões econômicas e de projetos de vida envolvidos no cuidar, observa-se que o processo de cuidar traz consigo toda uma sobrecarga de trabalho e de desgaste emocional, pois muitas das vezes o cuidador é obrigado a assumir tal função repentinamente sem preparo psicológico e técnico e de forma não opcional, seja porque era a única pessoa, seja por eleição familiar sem o seu consentimento, gerando assim conflitos familiares, pessoais ou até mesmo profissionais (se desempenhar outra função remunerada). Estas situações podem gerar um estresse de longo prazo que faz com que tenha reflexos na saúde do cuidador, podendo levar a uma auto-negligência com relação aos cuidados de saúde, aumentando o risco de adoecimento e morte precoce dele (NUNES *et al.*, 2018).

Neste sentido, o processo de cuidar é relacional, interativo, envolvendo uma relação que não se configura em relação sujeito-objeto, mas sujeito-sujeito, pois sabe-se que todas as pessoas nascem com um potencial de cuidar (WALDOW; BORGES, 2008), no entanto, para que isso ocorra de forma efetiva, com mitigação de sobrecarga para o cuidador, que varia com o grau de dependência

do idoso, tem que dar apoio a este cuidador, na esfera social, psicológica e de saúde, oportunizá-lo a cuidar de si.

O cuidado de si, na lógica de Foucault (2010), fala da ética consigo mesmo, vertendo o olhar para o seu interior. Cuidar de si é ação, é praticar, é se conhecer sendo, portanto, uma elaboração do sujeito que ocorre pela transformação no campo da subjetividade, refletindo na construção de novos modos de vida manifesto por condutas e práticas exercidas para si. Para que isso ocorra, deve-se oportunizar que o cuidador cuide de si, como se observa em um estudo sobre vivências de cuidadores familiares sobre o cuidado com idosos dependentes no Brasil, que aponta a religião, a espiritualidade e a atividade física como formas de cuidado de si (SOUSA *et al.*, 2021).

## **Considerações finais**

O envelhecimento da população é uma constatação e sua potencialidade de demandar cuidados à medida que envelhece é grande, portanto, o cuidado é fundamental para a propulsão da sociedade. No entanto não é valorizado, mas invisibilizado e entendido como sem custo para quem cuida, apesar de que para as mulheres que exercem este trabalho a geração futura de empobrecimento, ausência de pensões ou aposentadorias é uma dura realidade, gerando um custo elevado para essas mulheres, que historicamente são mulheres negras.

O processo de cuidar é desgastante e quase sempre recai sobre um membro da família e está na centralidade do cuidado se organiza como pode e muitas das vezes sem condições financeiras pela escassez de políticas públicas voltadas para esta problemática. O cuidado é solitário e exercido pela família e o Estado se exime de qualquer responsabilidade.

O envolvimento do Estado, do mercado e da comunidade na provisão do cuidado é o caminho para que se tenha uma Política Universal capaz de dar visibilidade e apoio para quem cuida e suporte

para que este cuidado seja provido de forma digna, saindo da esfera da assistência social para uma de Política de Estado.

## Referências

- AGUIRRE, R. *et al.* Los cuidados en la agenda de investigación y en las políticas públicas en Uruguay. **Íconos: Revista de Ciencias Sociales**, v. 18, n. 50, p. 43-60, 2014. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=50931716003>. Acesso em: 20 dez. 2024.
- ALVES, Y. V.; AZEVEDO, M. A. de. A biopolítica de Michel Foucault: controle do indivíduo e da sociedade. **Inter-Legere**. v. 4, n. 30, p. 1-22, dez. 2021. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.21680/1982-1662.2021v4n30ID19998>. Acesso em: 20 abr. 2024.
- BEAUVOIR, S. de. **A velhice**. Tradução M. H. F. Monteiro. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990. 711 p.
- BRITES, A. da S.; CALDAS, C. P.; MOTTA, L. B. da; SZTAJNBERG, A.; STUTZEL, M. C.; FILIPPO, M. P.; CARMO, D. S. do. Social and care support for people with dementia and their caregivers through a mobile health application. **Research, Society and Development**, [s. l.], v. 11, n. 2, p. e52311226073, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i2.26073. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/26073>. Acesso em: 19 jul. 2023.
- CALDAS, C. P. O cuidado às pessoas idosas em tempos de pandemia. **Rev. Bras. Geriatr Gerontol** [Internet]. v. 25, n. 6, e210218, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562022025.210218>. Acesso em: 10 jan. 2023.
- ESCORSIM, S. M. O envelhecimento no Brasil: aspectos sociais, políticos e demográficos em análise. **Serviço Social & Sociedade**, n. 142, p. 427-446, set. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0101-6628.258>. Acesso em: 21 abr. 2024.
- FONTOURA, N. Debates conceituais em torno do cuidado e de sua provisão. In: CAMARANO, A. A.; PINHEIRO, L. **Cuidar, verbo**

- transitivo:** caminhos para a provisão de cuidados no Brasil. Rio de Janeiro: Ipea; 2023. p. 33-77.
- FOUCAULT, M. **A hermenêutica do sujeito**. São Paulo: Martins Fontes; 2010.
- FRASER, N.; SOUSA FILHO, J. I. R. de. Contradições entre capital e cuidado. **Princípios: Revista de Filosofia (UFRN)**, [s. l.], v. 27, n. 53, p. 261–288, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/principios/article/view/16876>. Acesso em: 17 dez. 2024.
- GOES, F. L. *et al.* Equidade racial e a agenda de cuidados no Brasil. *In*: CAMARANO, A. A.; PINHEIRO, L. **Cuidar, verbo transitivo:** caminhos para a provisão de cuidados no Brasil. Rio de Janeiro: Ipea; 2023. p. 79-133.
- GUIMARÃES, N. A.; PINHEIRO, L. O halo do cuidado: desafios para medir o trabalho remunerado de cuidado no Brasil. *In*: CAMARANO, A. A.; PINHEIRO, L. **Cuidar, verbo transitivo:** caminhos para a provisão de cuidados no Brasil. Rio de Janeiro: Ipea; 2023. p. 443-485.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Brasil em números** v. 30. Rio de Janeiro: IBGE, 2022. 480p. Disponível em: [https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/2/bn\\_2022\\_v30.pdf](https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/2/bn_2022_v30.pdf). Acesso em: 27 jun. 2023.
- INSTITUTO JONES DOS SANTOS NEVES. **Panorama dos idosos no Espírito Santo**. Vitória: IJSN, 2024. 75p. Disponível em: [https://ijsn.es.gov.br/Media/IJSN/PublicacoesAnexos/cadernos/IJSN\\_Caderno\\_Panorama-do-Idoso-no-ES-1.pdf](https://ijsn.es.gov.br/Media/IJSN/PublicacoesAnexos/cadernos/IJSN_Caderno_Panorama-do-Idoso-no-ES-1.pdf). Acesso em: 20 set. 2024.
- KESKE, H.; SANTOS, E. R. O envelhecer digno como direito fundamental da vida humana. **Rev. Bioética y Derecho**, Barcelona, n. 45, p. 163-178, 2019. Disponível em: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1886-58872019000100012&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872019000100012&lng=es&nrm=iso). Acesso em: 14 dez. 2024.

- LLOYD-SHERLOCK, P. G. e outros. O ageísmo institucional na política global de saúde. **BMJ**, Reino Unido, v. 354, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmj.i4514>. Acesso em: 20 abr. 2024.
- MINISTÉRIO do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. Secretaria Nacional da Política de Cuidados e Família. Nota Informativa nº 5/2023 – Envelhecimento e o direito ao cuidado. **Nota Informativa nº 5/2023 – Envelhecimento e o direito ao cuidado**. [S. l.: s. n.], 2023. Disponível em: [https://www.gov.br/mds/pt-br/noticias-e-conteudos/desenvolvimento-social/noticias-desenvolvimento-social/mds-lanca-diagnostico-sobre-envelhecimento-e-direito-ao-cuidado/Nota\\_Informativa\\_N\\_5.pdf/view](https://www.gov.br/mds/pt-br/noticias-e-conteudos/desenvolvimento-social/noticias-desenvolvimento-social/mds-lanca-diagnostico-sobre-envelhecimento-e-direito-ao-cuidado/Nota_Informativa_N_5.pdf/view). Acesso em: 15 nov. 2024.
- NUNES, D. P. *et al.* Cuidadores de idosos e tensão excessiva associada ao cuidado: evidências do Estudo SABE. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 21, p. e180020, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720180020.supl.2>. Acesso em: 20 dez. 2024.
- OFICIAL, A.; THIYAGARAJAN, J. A.; SCHNEIDERS, M. L.; NASH, P.; DE LA FUENTE-NÚÑEZ, V. Ageísmo, expectativa de vida saudável e envelhecimento populacional: como eles estão relacionados? **Int J Environ**. Revista internacional de pesquisa ambiental e saúde pública, v. 17, n. 9, 3159, mai. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph17093159>. Acesso em: 24 fev. 2024.
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Ministério dos Assuntos Econômicos e Sociais. Divisão da População. **Perspectivas da População Mundial 2022**. [S. l.: s. n.], 2022. Disponível em: <https://population.un.org/wpp/Graphs/>. Acesso em: 20 jul. 2023.
- PAIXÃO, M. J. E. **O apoio social à família com idosos dependentes: limites e potencialidades numa perspetiva de capital social**. 2023. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Universidade Católica Portuguesa. [S. l.], 2023. 444 p. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.14/47386>. Acesso em: 15 dez. 2024.

- PINHEIRO, L. Perspectivas teóricas. In: CAMARANO, A. A.; PINHEIRO, L. **Cuidar, verbo transitivo**: caminhos para a provisão de cuidados no Brasil. Rio de Janeiro: Ipea; 2023. p. 29-31.
- QUEIROZ, F. A nova razão do mundo: ensaio sobre a sociedade neoliberal. **Caderno CRH**, v. 31, n. 82, p. 187–191, jan. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-49792018000100012>. Acesso em: 20 dez. 2024.
- SOUSA, G. S. de. *et al.* “A gente não é de ferro”: Vivências de cuidadores familiares sobre o cuidado com idosos dependentes no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 1, p. 27–36, jan. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.30172020>. Acesso em: 10 dez. 2024.
- TEIXEIRA, S. M. Envelhecimento, família e políticas públicas: em cena a organização social do cuidado. **Serviço Social & Sociedade**, n. 137, p. 135–154, jan. 2020. <https://doi.org/10.1590/0101-6628.205>. Acesso em: 21 jul. 2023.
- VERAS, R. P. Experiências e tendências internacionais de modelos de cuidado para com o idoso. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, jan. 2012. Disponível em: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232012000100025&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232012000100025&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 27 abr. 2023.
- VERAS, R. P.; OLIVEIRA, M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]., v. 23, n. 6, p. 1929-1936, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04722018>. ISSN 1678-4561. Acessado em: 21 jul. 2023.
- WALDOW, V. R.; BORGES, R. F. The caregiving process in the vulnerability perspective. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 16, n. 4, p. 765–771, ago. 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692008000400018>. Acesso em: 15 dez. 2024.

# A atuação da enfermeira obstétrica no parto humanizado: reflexão sobre a implantação das boas práticas

*Greyce Pollyne Santos Silva Minarini • Eliane de Fátima Almeida Lima  
• Cândida Caniçali Primo*

Boas práticas na assistência obstétrica devem ser estimuladas durante o trabalho de parto e parto, conforme recomendações da Organização Mundial de Saúde, baseadas em evidências científicas seguras para um cuidado holístico colocando a mulher e seu bebê em evidência. O modelo de atenção intraparto deve ser guiado por práticas que levam a experiência positivas de parto e nascimento, como a maternidade respeitosa, na busca por direitos humanos, para possibilitar melhorias na equidade às populações desfavorecidas e na redução da morbimortalidade materna, fetal e neonatal. No entanto, o excesso de intervenções desnecessárias que não são recomendadas para mulheres grávidas saudáveis, como o uso liberal de episiotomia, pressão

uterina, ruptura artificial de membrana de rotina, medicalização de ocitócitos, além da epidemia de cesariana no Brasil, ainda fazem parte do cotidiano assistencial nas maternidades no Brasil (WHO, 2018).

O movimento pela humanização do parto e nascimento ampliou políticas públicas de saúde, como Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) (BRASIL, 2020); Estratégia Rede Cegonha (BITTENCOURT *et al.*, 2021); Parto Adequado e Parto Seguro (BRASIL, 2016); além das novas Diretrizes Nacionais do Ministério da Saúde, Rede de Atenção Materna e Infantil-RAMI (BRASIL, 2022).

A estratégia Rede Cegonha almeja promover um novo modelo de atenção ao parto, nascimento e à saúde da criança; propor assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade da atenção à mulher no ciclo gravídico-puerperal. Também busca a garantia do acolhimento com classificação de risco, de vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro. A política ainda visa a garantia das boas práticas na atenção ao parto e nascimento, da atenção à saúde das crianças, do direito ao nascimento seguro, ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis até dois anos de vida com qualidade e resolutividade e a garantia de direitos sexuais e reprodutivos (BITTENCOURT *et al.*, 2021).

As recomendações do Ministério da Saúde pressupõem a incorporação da enfermeira obstétrica oficialmente no arcabouço legal do Sistema Único de Saúde, como um agente que busca incentivar a assistência ao trabalho de parto, parto e puerpério, ao binômio mãe-filho, ligada, diretamente, à qualificação do cuidado humanizado centrado nos processos fisiológicos, na autonomia e liberdade da mulher e oportuna a escolha informada no contexto de parturição, sustentada em boas práticas científicas (AMORIM *et al.*, 2019; SOUZA *et al.*, 2019). Além disso, recomenda que o trabalho de parto e o parto não recebam intervenções adicionais para acelerar o processo, reduzindo práticas interventivas desnecessárias, indo ao encontro do movimento de humanização da assistência (PAIVA *et al.*, 2022).

A enfermagem obstétrica, articulada com as políticas públicas de saúde no campo do parto e nascimento, transforma a sua maneira de cuidar, baseada no cuidado holístico, na busca de promover a expressão da subjetividade e intersubjetividade no ambiente do cuidado, integrando o companheiro e a família, estimulando a fisiologia do parir, propiciando o protagonismo feminino e respeitando seus direitos humanos e reprodutivos, em oposição à utilização de práticas tecnocráticas na parturição (RODRIGUES *et al*, 2022).

Neste contexto, o presente ensaio objetiva refletir sobre o papel da enfermeira obstétrica na promoção do parto humanizado e seguro.

## **Métodos**

Trata-se de um relato de experiência fundamentado nas competências da enfermagem obstétrica, nas políticas de humanização ao parto e nascimento, e elaborado a partir da experiência profissional de uma das autoras em uma maternidade de alto risco, situada em um município do Estado do Espírito Santo. Destaca-se que a construção desta reflexão foi realizada com leitura sobre evidências científicas encontradas em periódicos na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), que resultaram na compreensão sobre os conceitos apresentados e sua relação, permitindo a reflexão, paráfrase e aplicação.

## **Relato de experiência baseada na experiência de uma maternidade de alto risco**

Visando contribuir com este relato de experiência, destaca-se uma experiência ocorrida em uma maternidade de alto risco, situada na região norte do estado do Espírito Santo, Brasil. Para guiar essa reflexão utilizou-se a seguinte questão: Como é a atuação da enfermeira obstetra no cenário do parto e nascimento desta maternidade?

A enfermeira obstetra aplica as boas práticas na sua assistência ao parto e nascimento?

O hospital é filantrópico, de ensino, pesquisa, extensão, com residência em medicina obstétrica e neonatologia, enfermagem obstétrica e campo de estágio para graduandos de medicina, enfermagem, psicologia, fisioterapia, farmácia e serviço social, e referência terciária em obstetrícia no estado do Espírito Santo, atendendo gestantes e parturientes de municípios da região norte e central do Espírito Santo como referência em baixo e alto risco para atendimento ao parto, puerpério e internações clínicas. Possui 22 leitos de maternidade de alto risco, 09 leitos de pré-parto e parto e 01 sala cirúrgica, organizados em um centro obstétrico, 20 leitos de UTIN (Unidade de Terapia Intensiva Neonatal), 08 de UCINCO (Unidade de cuidados Intermediários Canguru), além de disponibilidade de leitos de Unidade de terapia Intensiva adulto para gestações e puerpérios complicados.

Em 2011, com o Projeto Rede Cegonha e Rede Bem Nascer do estado do Espírito Santo, permeado pelas diretrizes regimentais para a reorganização dos serviços obstétricos, sendo este um movimento político, institucional e metodológico de transformação do processo de trabalho no parto e nascimento, houve a inserção da enfermeira obstétrica nesta maternidade de alto risco como condutora dessa mudança, visando romper com práticas desnecessárias e utilizando um cuidado baseado em evidências científicas para garantir maior segurança, integralidade, empatia, respeito e dignidade (BITTENCOURT *et al.*, 2021; BRASIL, 2020; BRASIL, 2016).

A Rede Cegonha foi uma política pública do Ministério da Saúde, estruturada conforme a Portaria n° 1.459, de 24 de junho de 2011, que visou implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis, pautadas em quatro componentes: pré-natal; parto e nascimento; puerpério e atenção integral à saúde da

criança; e sistema logístico incluindo transporte sanitário e regulação (BITTENCOURT *et al.*, 2021).

A Unidade Materno e Infantil desta instituição passou por transformação de um modelo conservador que valoriza a figura do profissional médico, tendo o parto como um evento patológico, e as mulheres com pouco ou nenhum poder decisório sobre seu corpo e sobre os procedimentos realizados, mudando para um modelo holístico de cuidado, no qual as parturientes estratificadas como risco habitual são assistidas por enfermeiras obstétricas e em uma assistência que dignifica o parto fisiológico centrado nas necessidades da parturiente. A maioria dos profissionais, médicos e de enfermagem, desconheciam este modelo de assistência, ou acostumados ao modelo tradicional relutavam em praticar este novo olhar sob o nascimento.

As representações acerca do parto na percepção dos profissionais se diferenciam de duas maneiras. O profissional médico, apesar de desenvolver sua prática pautado na humanização da assistência, ainda se utiliza de muita tecnologia na assistência ao parto e nascimento. Já as enfermeiras, talvez, pelo fato de perceberem o parto como um fenômeno natural, usam menos intervenções durante a assistência, a fim de promover a melhoria da qualidade da assistência, repercutindo no regozijo das parturientes e comunidade. As enfermeiras ainda, enfatizam a empatia, frente à atenção que deve ser dada à mulher, em razão da vivência positiva ou negativa, e propiciam um ambiente de interação, para a construção de relações baseadas na confiança mútua (PAIVA *et al.*, 2022).

A vinculação da enfermeira obstetra às instituições de saúde pactuada nas diretrizes do Ministério da Saúde, atualmente designada RAMI (BRASIL, 2022), busca atender as mulheres, recém-nascidos e familiares com enfoque na satisfação desses e sem prejuízo aos indicadores perinatais, uma vez que as práticas obstétricas da enfermeira estão fortemente embasadas nas melhores evidências científicas que demonstram benefícios na atenção ao parto (SANDALL *et al.*, 2016).

E o que fazer para implantar essas diretrizes nacionais do Ministério da Saúde de humanização do parto e nascimento em uma instituição?

Para mudar a realidade deste cenário é preciso um diagnóstico situacional na busca de levantar o máximo de informações sobre ambiente, população assistida e fenômeno; realizar reuniões com a direção administrativa e clínica com vistas a estabelecer relações entre realidade e expectativas referentes às boas práticas na atenção ao parto e nascimento, as políticas públicas de atenção à saúde da mulher, a violência obstétrica e a atuação da enfermeira obstetra.

A enfermeira precisa amparar-se no gerenciamento, que é uma das suas competências e habilidades, ao estabelecer a reorganização e sistematização da assistência, com a criação de normas, rotinas e protocolos operacionais padrão sobre os métodos não farmacológicos de alívio da dor, práticas de humanização, rotina hospitalar de atendimento a mulheres vítimas de violência e abortamento legal. Há que se pensar na reorganização do trabalho da enfermagem com o processo de enfermagem, considerando ser o momento fundamental para investigação das necessidades da parturiente, auxiliando na tomada de decisão quanto às condutas a serem realizadas pela enfermeira obstetra e sua equipe e subsidiando criteriosamente as demais etapas do processo de enfermagem (COFEN, 2009; QUEIROZ; MARQUES, 2020).

Visando a qualificação da enfermeira, o hospital proporcionou um curso de aprimoramento para a enfermeira obstetra, com enfoque no componente parto e nascimento, organizado e ministrado pelo Ministério da Saúde, em parceria com a Universidade Federal de Minas Gerais/UFMG, capacitação esta que se deu no Hospital Sophia Feldman.

Já capacitada com o aprimoramento, a enfermeira obstetra replicou as temáticas do curso por meio de treinamento teórico e prático à equipe multiprofissional. Cerca de 100 profissionais de saúde de diferentes categorias e níveis de atenção da unidade materno-infantil

participaram o que possibilitou uma discussão ampliada sobre incentivo ao parto normal, métodos não farmacológicos para o alívio da dor, cuidados com o recém-nascido, aleitamento materno e cuidados no puerpério. Estas capacitações permitiram a equipe um novo olhar sobre o trabalho de parto e passaram a oferecer as usuárias os seus direitos de movimentação e mudança de posição, bem como a utilização dos métodos não-farmacológicos para o alívio da dor, como uso da bola, banho morno de chuveiro e massagem.

Em relação ao cenário de implantação dessa política e processo de trabalho dos profissionais de saúde, pode se perguntar: Quais as mudanças necessárias para adequar uma maternidade tradicional em um espaço que valoriza a humanização e as boas práticas?

Com a anuência dos gestores, ocorreram mudanças estruturais na instituição, que resultaram na reformulação da ambiência, com recurso próprio da instituição filantrópica, ao extinguir a sala de parto do centro cirúrgico e criar três quartos coletivos de pré-parto, parto e puerpério imediato perfazendo um total de seis leitos ofertados às mulheres, dando a elas maior liberdade de movimentação e conforto físico. Cada quarto, composto por dois leitos separados por cortinas, contou com um banheiro com chuveiro, bolas de parto, cavalete e berço aquecido no intuito de atender ao recém-nascido no mesmo ambiente que a parturiente, permitindo a ela observar todos os cuidados com o seu bebê. Ainda, no que se refere à adequação da ambiência, foi implantado musicoterapia nos quartos, aromaterapia e esquadra para aquecimento dos pés, ofertado às usuárias em trabalho de parto.

Outro fato marcante ocorreu no ano de 2014 com a implementação da Lei do acompanhante, nº 11.108/2005 (BRASIL, 2005), e parte da equipe foi relutante a essas mudanças de paradigmas. Porém apostou-se nos benefícios da presença do acompanhante de livre escolha da paciente desde a admissão até a alta. Desde então, esta vem sendo uma experiência produtiva, que contribui satisfatoriamente em todo o processo de nascimento nos partos normais e cesariana.

Houve resistência da equipe multidisciplinar quanto às mudanças estruturais, mas foram contornadas por meio de reuniões com o corpo clínico e gerentes da unidade materno-infantil. Isso reforça a importância da enfermeira refletir acerca da necessidade de um processo de trabalho participativo, democrático e prazeroso, que seja capaz de superar os conflitos decorrentes das relações de poder (GELBCKE *et al.*, 2011).

Buscando avançar o movimento de humanização e boas práticas e devido aos altos índices de parto normal em posição horizontal, foi solicitada compra da banqueta de parto de cócoras, no segundo semestre de 2015. Após a aquisição da banqueta foi realizado treinamento teórico/prático com enfermeiras, médicos obstetras e residentes de ginecologia/obstetrícia. Os profissionais mais adeptos ao seu uso passaram a utilizar a banqueta como opção para o parto em posição verticalizada, ampliando os índices de partos de cócoras.

Outro desafio para a implantação do modelo humanizado identificado no dia a dia na sala de parto foi o uso do poder hierárquico para intimidar as mulheres com palavras de apreensão, que influenciavam negativamente no processo parturitivo. As mulheres também sofriam violência obstétrica de natureza diversa, com o uso indiscriminado de episiotomia, fórceps e manobra de kristeller. Os maus tratos no parto estão relacionados a atitudes violentas de forma ampla, desde a violência verbal, expressa por palavras grosseiras e censura às parturientes, como através de interferências na autonomia das mulheres no que se refere ao suprimento das suas necessidades básicas, como deambulação, alimentação e ingestão hídrica, até a realização de procedimentos desnecessários para a assistência ao parto (PAIVA *et al.*, 2022). O que tem sido feito para impedir esses atos que restringem as mulheres de seus direitos sexuais e reprodutivos?

Para restringir os maus tratos e violências, foram elaborados relatórios sobre a violência obstétrica e institucional, assinados por enfermeiras e técnicos de enfermagem e entregues a gestão do hospital, o que levou a reuniões com equipe do corpo clínico a fim de que

se cumprisse as boas práticas de atenção ao parto e nascimento fortemente recomendados pelo Ministério da Saúde, e o cumprimento de metas de contratualização com o estado.

Outra ação realizada foram orientações com coordenadores dos cursos de medicina e enfermagem para limitar o número de estudantes e residentes nas salas de parto, diante da importância do reconhecimento sobre o direito à privacidade da mulher parturiente, e de ter observado parada de progressão do trabalho de parto, ou um período expulsivo prolongado por bloqueio da parturiente ao notar a presença de grande número de espectadores e pessoas desconhecidas ao seu círculo familiar.

Após dois anos de trabalho persistente para as mudanças no cenário institucional e a mudança de paradigmas dos profissionais, foram observados bons resultados, como a diminuição nas taxas de cesariana, alcançando uma taxa em torno de 37,52%; episiotomia com decréscimo de 34,48% para 16,38% ao ano; uso de ocitocina pré-parto de 0% e intraparto de 29,55%; aumento no número de parto em posição verticalizada que em um ano as taxas passaram de 28,65% para 58,95%; e 100% da presença do acompanhante em todo período de internação, inclusive na cesárea.

No ano de 2016, a maternidade do estudo foi cenário de prática para a formação da segunda turma do curso de especialização em enfermagem obstétrica, desenvolvida em parceria com a Universidade Federal do Espírito Santo e Universidade Federal de Minas Gerais com o apoio do Ministério da Saúde, com a formação de mais duas enfermeiras da maternidade sob orientação e supervisão da enfermeira obstetra.

A atuação da enfermeira obstetra foi pioneira na implementação de boas práticas e relevante na mudança de paradigmas para uma nova forma de assistir as mulheres baseada nas políticas de humanização ao parto e nascimento. O serviço na referida instituição passou de três enfermeiras obstetras e atualmente conta com enfermeiras obstetras durante 24 horas de assistência, é campo de prática para a

residência em enfermagem obstétrica, passou por uma reforma estrutural e conta com um suíte de parto com banheira, utilização de cromoterapia e penumbra.

Estudo que analisou os desfechos maternos relacionados às boas práticas de assistência ao parto normal baseadas em evidências científicas, concluiu que esses desfechos podem ser explicados pela atuação de médicos obstetras e equipe multidisciplinar, porém quase que exclusiva, das enfermeiras obstétricas e pelo empenho delas na implementação das práticas baseadas em evidências. Introduzir práticas que estão baseadas em evidências científicas implica mudanças de comportamento, superação de barreiras e preenchimento de lacunas na transferência do conhecimento (CÔRTEZ *et al.*, 2015).

## **Limitações do estudo**

Quanto às limitações do estudo, ressalta-se que, por tratar-se de um ensaio baseado no relato de experiência de uma instituição, as situações apresentadas neste estudo podem não refletir a realidade de outros serviços.

## **Contribuições para a prática**

O estudo apresenta contribuições para a área da enfermagem e saúde ao refletir sobre a Política de Humanização ao Parto e Nascimento, com destaque para a importância da atuação da enfermeira obstétrica na perspectiva da mudança de paradigmas da assistência obstétrica, voltado à elaboração e desenvolvimento de práticas de cuidados relacionados aos processos de gestar e parir que apoiem à fisiologia do corpo e da mente; e mantenha a privacidade do ser feminino.

## Considerações finais

Ao refletir sobre o papel da enfermeira obstétrica na promoção do parto humanizado e seguro, este ensaio apresenta o caminho percorrido na implantação do Projeto Rede Cegonha em uma maternidade e descreve as dificuldades encontradas na implementação das boas práticas. A experiência foi significativa, sinalizando que as enfermeiras obstetras vêm sendo inseridas no cenário de assistência ao ciclo gravídico puerperal, e passam a ser reconhecidos pela assistência baseada em boas práticas, no respeito à fisiologia do parto e nascimento, por ser menos intervencionistas e por buscar promover sempre o protagonismo da mulher.

A inserção da enfermeira obstétrica pela instituição foi uma experiência positiva na implementação de políticas públicas que fortalecem a assistência ao parto e nascimento seguro, transformando o cenário e suas estruturas para fornecer um serviço com segurança e qualidade.

A maternidade foi pioneira, no estado do Espírito Santo, como cenário de implementação de políticas públicas, e até o momento, continua sendo referência e modelo de atenção ao parto e nascimento humanizado recomendadas pelo Ministério da Saúde.

## Referências

- AMORIM, T. *et al.* Percepção de enfermeiras obstetras sobre o modelo e prática assistencial em uma maternidade filantrópica. **Revista de Enfermagem da UFSM**, [s. l.], v. 9, p. e30, 2019.
- BITTENCOURT, S. D. de A. *et al.* Atenção ao parto e nascimento em Maternidades da Rede Cegonha/Brasil: avaliação do grau de implantação das ações. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 26, n. 3, p. 801–821, 2021.

- BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). **Cartilha nova organização do cuidado ao parto e nascimento para melhores resultados de saúde**: Projeto Parto Adequado – fase 1 / Agência Nacional de Saúde Suplementar, Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein, Institute for Healthcare Improvement. Rio de Janeiro: ANS, 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde (BR). **Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005**. Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, 2005; 8 abr.
- BRASIL. Ministério da Saúde (BR). **Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000**. Instituir o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, 2000; 8 jun.
- BRASIL. Ministério da Saúde (BR). **Portaria nº 715 de 4 de abril de 2022**. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para instituir a Rede de Atenção Materna e Infantil (Rami). **Diário Oficial da União**, 2022; 06 abr.
- COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução Cofen nº 358/2009**. Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. São Paulo (SP): COFEN, 2009.
- CÔRTEZ, C. T. *et al.* Implementation methodology of practices based on scientific evidence for assistance in natural delivery: a pilot study. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, [s. l.], v. 49, n. 5, p. 716–725, 2015.
- GELBCKE, F. L. *et al.* A práxis da enfermeira e a integralidade no cuidado. **Enfermagem em Foco**, [s. l.], v. 2, n. 2, p. 116–119, 2011.

- PAIVA, A. de M. G. *et al.* Representações sociais da violência obstétrica para puérperas e profissionais da saúde: análise fatorial de correspondência. **Cogitare Enfermagem**, [s. l.], v. 27, 2022. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/75198>. Acesso em: 7 dez. 2024.
- QUEIROZ, J. S.; MARQUES, P. F. Gerenciamento de enfermagem no enfrentamento da COVID-19 nos serviços de hemodiálise. **Enfermagem em Foco**, [s. l.], v. 11, n. 1.ESP, 2020. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3536>. Acesso em: 7 dez. 2024.
- RODRIGUES, D. P. *et al.* Humanized childbirth: the values of health professionals in daily obstetric care. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s. l.], v. 75, n. 2, p. e20210052, 2022.
- SANDALL, J. *et al.* Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, [s. l.], v. 2016, n. 4, 2016. Disponível em: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD004667.pub5>. Acesso em: 7 dez. 2024.
- SOUZA, F. M. L. C. *et al.* Tecnologias apropriadas ao processo do trabalho de parto humanizado. **Enferm Foco** [Internet], v. 10, n. 2, p. 118-124, 2019.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience**. Geneva: World Health Organization, 2018. (WHO Guidelines Approved by the Guidelines Review Committee). Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK513809/>. Acesso em: 7 dez. 2024.

# Barreiras e facilitadores para a prática do cuidado amigo da mulher: percepção de profissionais que atuam em um hospital de ensino

*Wânia Ribeiro Trindade • Karine Ribeiro Nunes da Pureza •  
Cândida Caniçali Primo*

Todos os anos, milhares de mulheres adoecem e morrem em todo o mundo durante a gestação ou o parto, devido a diferentes razões, incluindo a baixa qualidade dos serviços, falta de melhoria na prestação de cuidados de saúde maternos, escassez de suprimentos, problemas de infraestrutura, deficiência na detecção e gestão de complicações ou casos de emergência e interação deficiente entre as mulheres e provedores de cuidado (KENE *et al.*, 2022).

Para o enfrentamento do problema, a ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE propõe a prática de cuidados maternos favoráveis às mulheres, os quais constituem cuidados respeitosos, com mais

qualidade de acesso das mulheres aos serviços de saúde reprodutiva, além de um ambiente amigável em todos os níveis (WHO, 2022).

No Brasil, políticas vêm sendo desenvolvidas para melhoria das práticas de assistência ao parto. Além do surgimento de outras estratégias, em 22 de maio de 2014 o Ministério da Saúde redefiniu os critérios de habilitação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), incluiu e orientou, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o cumprimento das práticas relacionadas ao critério global Cuidado Amigo da Mulher (CAM) (BRASIL, 2014).

O Cuidado Amigo da Mulher inclui as seguintes práticas: garantir à mulher, durante o trabalho de parto, o parto e o pós-parto, um acompanhante de sua livre escolha; ofertar à mulher, durante o trabalho de parto, líquidos e alimentos leves; incentivar a mulher a andar e a se movimentar durante o trabalho de parto; garantir à mulher, ambiente tranquilo e acolhedor, com privacidade e iluminação suave; disponibilizar métodos não farmacológicos de alívio da dor; assegurar cuidados que reduzam procedimentos invasivos durante o trabalho de parto; e caso seja da rotina do estabelecimento de saúde, autorizar a presença de doula comunitária ou voluntária em apoio à mulher de forma contínua, se for da sua vontade (LAMOUNIER *et al.*, 2019).

Para o cumprimento do Cuidado Amigo da mulher, melhorar a utilização dos serviços de parto é crucial. Práticas de parto favoráveis às mães são práticas naturais e saudáveis que beneficiam mães, bebês e famílias, e garantem uma experiência de parto agradável e saudável. Essa abordagem se concentra no direito das mulheres de ter acesso a cuidados de qualidade e faz parte de uma estratégia mais ampla para reduzir a morbidade e mortalidade materna e neonatal. Além disso, requer parcerias fortes entre governos, sistemas de saúde e comunidades (FAREDE *et al.*, 2024).

Sendo assim, para que ocorram mudanças concretas e significativas, os envolvidos com o Cuidado Amigo da Mulher devem estar motivados para o enfrentamento das barreiras e o aprimoramento dos facilitadores que envolvem esse cuidado. Desta forma, a percepção de

barreiras e facilitadores é o primeiro passo para a mudança de comportamento (TONOSAKI *et al.*, 2018).

Diante do exposto, essa pesquisa teve como objetivo avaliar as barreiras e os facilitadores para a prática do Cuidado Amigo da Mulher na percepção dos profissionais de saúde que atuam em uma maternidade de alto risco de um hospital de ensino. Espera-se que as informações levantadas possam contribuir para a discussão e melhoria da assistência à mulher no âmbito do cuidado durante a gestação e o parto.

## **Método**

Pesquisa qualitativa transversal, realizada em uma maternidade de alto risco de um hospital de ensino, direcionada a atender gestantes de alto risco do município de Vitória (ES). Sua ambiência possui 20 leitos, sendo 16 leitos de Alojamento Conjunto, 4 leitos PPP (pré-parto, parto e puerpério imediato) e um Centro Obstétrico (CO). O total de profissionais que atuam nos PPP e no CO na época da realização da pesquisa foi de 65 pessoas. O CO possui uma sala cirúrgica destinada às cesáreas que acontecem de segunda-feira a sexta-feira, durante 24 horas. Nos finais de semana as cesáreas acontecem no Centro Cirúrgico Geral do hospital.

Cinquenta e três profissionais (82% dos que atuam nos PPP e no CO) participaram da pesquisa. Foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturado contendo perguntas para caracterização dos profissionais e duas perguntas abertas direcionadas ao levantamento das barreiras e facilitadores para a prática do Cuidado Amigo da Mulher na maternidade. As entrevistas ocorreram nos meses de julho e agosto de 2024 e as respostas foram registradas no *Google Forms*.

Como critério de inclusão: estar atuando diretamente no ambiente de assistência ao parto durante a realização da pesquisa.

Critérios de exclusão: estar em condições de afastamento dos cuidados diretos às mulheres como férias, atestados ou licenças.

Foi garantido aos participantes o anonimato. As entrevistas aconteceram em local privado e os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido após serem esclarecidos da pesquisa. Essa pesquisa faz parte de um estudo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, através do Parecer 5.519.362, CAAE: 56992221.4.0000.5071 que abrange um estudo matricial direcionado a estruturar o referido hospital para o credenciamento da Iniciativa Hospital Amigo da Criança.

A avaliação das barreiras e facilitadores foi realizada segundo a proposta de construção do mapa temático de Clarke e Braun (2013).

As respostas as duas perguntas abertas foram transferidas para um quadro simples do *Word* contendo uma coluna de barreiras e outra de facilitadores, compondo dados ou pensamentos analíticos iniciais conforme orienta Clarke e Braun (2013). Feito isso, os dados foram lidos repetidas vezes com o intuito de mergulhar na profundidade e amplitude do conteúdo. A leitura dos dados de forma ativa propõe a busca de significados e padrões das respostas (CLARKE; BRAUN, 2013).

Após a elaboração do quadro contendo as sínteses principais dos dados, foi elaborado um mapa temático inicial contendo códigos característicos das barreiras, dos facilitadores e de ambos. O mapa temático é uma representação visual para classificar os temas em códigos. Dessa forma tem-se exposta uma lista dos diferentes códigos que o pesquisador identificou e começa-se a considerar como esses diferentes códigos podem combinar-se entre si para formar um tema principal (CLARKE; BRAUN, 2013).

A próxima fase da análise foi organizar o mapa temático final, produzido pela revisão e o refinamento dos temas. Foi necessária a captura da essência dos dados de forma que possam produzir uma narrativa, segundo orientam Clarke e Braun (2013). Após a observação do mapa temático inicial foi identificado que os códigos convergiam

para formar três categorias temáticas, devido à similaridade entre eles e o diálogo que poderiam formar entre si. Desta forma as categorias temáticas foram divididas em: Barreiras e Facilitadores relacionados à instituição; Barreiras e facilitadores relacionados à gestante; Barreiras e Facilitadores relacionados aos profissionais de saúde.

## **Resultados**

### **Caracterização dos participantes da pesquisa**

Em relação à caracterização dos 53 profissionais de saúde que fizeram parte desta pesquisa, verificou-se que entre as categorias profissionais: 32% (n=17) são Técnicos de Enfermagem, 21% (n=11) são Ginecologistas Obstetras, 11% (n=6) são Enfermeiras Obstetras, 11% (n=6) são Enfermeiros Assistenciais, 11% (n=6) são Residentes de Ginecologia e Obstetrícia, 9% (n=5) são internos do curso de Medicina e 5% (n=2) são acadêmicos de Enfermagem.

A faixa etária dos participantes variou entre 21 a 61 anos. Entre 31 a 40 anos, tiveram 18 participantes. Entre 41 a 50 anos também tiveram 18 participantes. Entre 21 a 30 anos tiveram 12 participantes e mais de 51 anos, 5 participantes.

Quanto ao tempo de atuação na maternidade, foi identificado que o período variou entre menos de um ano a mais de 20 anos. De um a cinco anos de atuação tiveram 17 participantes. De 6 a 10 anos tiveram 16 participantes. Menos de um ano tiveram 10 participantes e está relacionado aos estudantes de graduação e aos Residentes em ginecologia e obstetrícia. De 16 a 20 anos tiveram 7 participantes e 11 a 15 anos tiveram 2 participantes.

Quanto à jornada de trabalho/permanência na maternidade em horas semanais os entrevistados responderam uma variação entre 12 a 60 horas semanais. Sendo assim, 6 pessoas atuam durante 60 horas semanais, 8 pessoas atuam durante 40 a 48 horas semanais,

27 pessoas atuam durante 30 a 36 horas semanais, 10 pessoas atuam durante 24 horas semanais e 3 pessoas responderam que atuam 12 a 20 horas semanais.

## Construção do mapa temático da análise

As respostas as duas perguntas abertas sobre as barreiras e os facilitadores para a prática do Cuidado Amigo da Mulher na maternidade foram analisadas de forma ativa buscando os significados e padrões das respostas (CLARKE e BRAUN, 2013).

Concluída essa etapa, foi elaborado o quadro contendo os resumos das barreiras e facilitadores descritos pelos participantes. Essa síntese inicial foi importante visto que existiam respostas com padrões de repetição entre os respondentes. O quadro 1 apresenta os resumos extraídos dessas respostas.

Quadro 1: Síntese das Barreiras e Facilitadores para a prática do Cuidado Amigo da Mulher identificados por profissionais que atuam em uma maternidade de alto risco de um hospital de ensino no município de Vitória (ES).

Barreiras	Facilitadores
<ul style="list-style-type: none"><li>• Ambiência inadequada, estrutura física deficitária, espaço pequeno, falta de privacidade da mulher, camas inadequadas, falta de iluminação adequada e falta de banheiro individual</li><li>• UTIN distante da maternidade</li><li>• Grande quantidade de pessoas envolvidas com o parto. Quantidade de residentes e acadêmicos</li><li>• Protocolos rígidos em relação à presença da Doula</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Equipe Multiprofissional qualificada</li><li>• A presença da Enfermeira Obstetra</li><li>• Treinamentos/equipe capacitada</li><li>• União da equipe de Enfermagem</li><li>• Programas integrados ao cuidado</li><li>• Acompanhante de livre escolha</li><li>• Métodos não farmacológicos</li><li>• Presença da Doula</li><li>• Orientações sobre o parto</li><li>• Quantidade de materiais</li><li>• Boa equipe</li></ul>

continua

Barreiras	Facilitadores
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausência de normativas hospitalares sobre a presença da Doula</li> <li>• Procedimentos invasivos</li> <li>• Má orientação da gestante</li> <li>• Falta de conhecimento da gestante sobre seus direitos e métodos não farmacológicos</li> <li>• Número insuficiente de enfermeiras obstetras</li> <li>• Dificuldade de diálogo com a equipe médica</li> <li>• Falta de comunicação entre as equipes médica e de enfermagem</li> <li>• Comunicação entre as equipes e a paciente</li> <li>• Falta de engajamento/interesse da equipe</li> <li>• Baixo quantitativo de profissionais para o Cuidado Amigo da Mulher</li> <li>• Falhas de comunicação com as equipes de rouparia e nutrição</li> <li>• Rotina da equipe médica que parece trabalhar por produção</li> <li>• Indicações de cesarianas</li> <li>• Formação invasiva de alguns profissionais</li> <li>• Indisponibilidade de analgesia em alguns turnos</li> <li>• Perfil das gestantes de alto risco e comorbidades gestacionais</li> <li>• Monitorização maternal</li> <li>• Falta de protagonismo da mulher no parto</li> <li>• Não respeito ao plano de parto</li> <li>• Pré-natal deficiente</li> <li>• Pacientes e acompanhantes pouco informados</li> <li>• Pouca oferta de métodos não farmacológicos e tecnologias não invasivas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipe médica disponível</li> <li>• Equipe pediátrica segura</li> <li>• Realização da hora ouro</li> <li>• Oferta de alimentos e bebidas leves</li> <li>• Chuveiro morno como método não farmacológico</li> <li>• Uso da bola</li> <li>• Quarto individual apesar de não ser suite</li> <li>• Ambiente acolhedor</li> <li>• Pouca quantidade de partos</li> <li>• Adesão das chefias</li> <li>• Equipe de enfermagem e médica sensibilizada para o parto humanizado</li> <li>• Informação durante o pré-natal</li> <li>• Presença de banners informativos no setor</li> <li>• Presença de estagiários</li> <li>• Pesquisas que demonstram a importância das práticas recomendadas</li> <li>• Pré-parto próximo à sala cirúrgica</li> </ul>

Fonte: Própria autora, 2024.

Após a elaboração do quadro contendo as sínteses principais dos dados, foi elaborado um mapa temático inicial contendo códigos característicos das barreiras, dos facilitadores e de ambos.

Percebe-se que ao analisar os depoimentos dos participantes, identificou-se temas relacionados tanto as barreiras quanto aos facilitadores, portanto durante a apresentação do mapa temático inicial existem códigos ligados tanto a um quanto ao outro. O mapa temático dessa fase inicial está representado pela figura 1.

Figura 1: Mapa Temático Inicial das barreiras e facilitadores relacionados ao Cuidado Amigo da Mulher, identificados por profissionais que atuam em uma maternidade de alto risco de um hospital de ensino no município de Vitória (ES)



Fonte: Própria autora (2024).

A próxima fase da análise foi organizar o mapa temático final, produzido pela revisão e o refinamento dos temas. Foi possível observar como os diferentes códigos podem se combinar e contar uma história geral sobre os dados.

Dessa forma foi possível identificar que a combinação dos códigos formava três conjuntos coerentes o que gerou os subtemas que emergiram para a análise temática final da pesquisa: Barreiras e Facilitadores relacionados à instituição; Barreiras e facilitadores

relacionados à gestante; Barreiras e Facilitadores relacionados aos profissionais representados pela figura 2.

Figura 2: Mapa Temático final das barreiras e facilitadores relacionados ao Cuidado Amigo da Mulher identificados por profissionais que atuam em uma maternidade de alto risco de um hospital de ensino no município de Vitória (ES)



Fonte: Própria autora (2024).

## Discussão

### Barreiras e facilitadores relacionados à Instituição

Diversos apontamentos, positivos e negativos, foram relacionados ao local da pesquisa, porém, nada se comparou ao problema da estrutura física, o qual foi mencionado várias vezes. Dos 53 profissionais que participaram da pesquisa, 26 mencionaram negativamente barreiras relacionadas à estrutura física da maternidade.

O problema foi identificado como “ambiência e estrutura física inadequada”, “espaço pequeno”, “quartos com pouco espaço para uma boa assistência”, “falta de privacidade da mulher”, “ausência de local adequado e acolhedor para a deambulação da mulher”, “ausência de espaldário para exercício”, “camas inadequadas para mudança de decúbito”, “falta de banheiro individual”, “banheiro coletivo”, “o ambiente compartilhado do banheiro pode impedir o uso limitado do chuveiro”,

“falta de equipamentos”, “macas quebradas”, “falta de iluminação adequada”, “falta de mais salas de parto” e “quartos de pré-parto sem utensílios de ajuda, como barras e cordas suspensas”.

Diante dos relatos, observa-se que são pertinentes as citações dos participantes da pesquisa, pois a maternidade possui 4 quartos de partos pequenos e nenhum deles possui um banheiro privativo. Atualmente a recomendação para a ambiência do parto são os quartos PPP (pré-parto, parto e pós-parto), que devem oferecer privacidade, espaço para deambulação, acesso aos métodos não farmacológicos para alívio da dor, além de proporcionar a presença e acomodação do acompanhante de livre escolha (WHO, 2018).

Além das barreiras citadas, os participantes mencionaram facilitadores referentes à instituição, como o “ambiente acolhedor”, “quarto individual”, “pré-parto próximo ao centro cirúrgico”, a presença dos “métodos não farmacológicos para alívio da dor”, a “quantidade de materiais suficientes para o cuidado”, “a presença do acompanhante de livre escolha da mulher”, a “realização da hora ouro”, a “oferta de alimentos e bebidas leves”, “chuveiro morno”, “o uso da bola” e “a oferta de métodos não farmacológicos que muitas não conhecem, mas no trabalho de parto aceitam”.

O quarto PPP deve ser um ambiente único, amplo, de um leito só, com banheiro privativo, onde a parturiente possa viver os três estágios do parto no mesmo local: o pré-parto, o parto e o pós-parto. Além disso, esse ambiente deve garantir a presença do acompanhante de livre escolha e proporcionar acesso aos métodos não farmacológicos para alívio da dor, além de oferecer conforto lumínico, conforto térmico e proporcionar o uso da hidroterapia no trabalho de parto. O ambiente afeta de forma positiva ou negativa o trabalho de parto, além de influenciar também o processo de trabalho do profissional que está atuando na assistência (FIOCRUZ, 2019).

Os padrões de funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal foram instituídos pela Resolução nº 36 da ANVISA, de 03/06/2008 (RDC 36/2008). Nessa Resolução foi estabelecida a

transformação dos ambientes de parto, tradicionalmente compostos por salas compartilhadas por várias mulheres, em quarto PPP, que se trata de espaço privativo, contendo banheiro anexo, dimensões suficientes para a movimentação da parturiente, a utilização dos métodos não farmacológicos de alívio da dor e que possa acomodar a presença do acompanhante. Este ambiente além de estimular a superação do modelo tradicional, que artificialmente segmenta o parto em estágios, propicia uma atenção diferenciada com o propósito de garantir à mulher, as condições de escolha de diversas posições no trabalho de parto, protagonismo e autonomia (PASCHE *et al.*, 2021).

Outra barreira institucional citada foi o “número insuficiente de enfermeiras obstetras para a assistência individual” e a “diminuição da atuação da enfermagem obstétrica devido assumir outras atividades”. Essa observação diz respeito à atuação da enfermeira obstetra na instituição em se dividir entre a assistência nas salas de parto e sala cirúrgica do CO, comprometendo a qualidade da assistência. Outra questão a ressaltar é que maternidade é de alto risco, o que limita a atuação da enfermeira obstetra em relação às legislações vigentes.

Por outro lado, “a presença da enfermeira obstetra” e o “apoio da enfermeira obstetra” também foram citados por participantes da pesquisa como um facilitador no Cuidado Amigo da Mulher na maternidade.

A participação efetiva da enfermeira obstétrica no acompanhamento do trabalho de parto e nascimento qualifica o trabalho em equipe, contribui para um cuidado humanizado e proporciona diversos benefícios maternos e neonatais (LIMA *et al.*, 2020).

Mesmo em maternidade de alto risco, a assistência da Enfermagem Obstétrica, seguindo o modelo colaborativo, possibilita o aumento das práticas recomendadas pela Organização Mundial da Saúde. Entre elas, destaca-se a utilização do partograma, os métodos não farmacológicos para alívio da dor, a oferta da dieta líquida, a mudança de posição durante o trabalho de parto, a utilização da posição de cócoras e quatro apoios, o clampeamento tardio do cordão

umbilical e o contato pele a pele logo após o nascimento (RITTER *et al.*, 2020).

No Brasil, existem três modelos que comportam diferentes perfis profissionais na assistência ao parto: cuidado oferecido por enfermeiras obstétricas ou obstetizas, cuidado oferecido por médicos obstetras e cuidado colaborativo entre os dois profissionais. O modelo de cuidado no qual a enfermeira obstétrica tem a responsabilidade pelo cuidado é oferecido as mulheres com gestação de baixo risco, pressupondo-se que a gestação e o parto são considerados um evento saudável da fase da vida da mulher e por essa razão as mulheres podem ter uma experiência do parto com intervenções mínimas. Nos demais modelos de cuidado compartilhado pelos diferentes profissionais o médico obstetra é responsável pela tomada de decisão (BRASIL, 2022). Conforme já foi mencionado, a maternidade admite geralmente gestantes de alto risco. Por esse motivo o cuidado é compartilhado, a oferta de métodos não farmacológicos para alívio da dor e tecnologias não invasivas ficam a cargo das enfermeiras obstetras, enquanto a tomada de decisões sobre a condução do trabalho de parto e parto fica sob a responsabilidade médica.

Outra barreira mencionada pelos participantes foi relacionada à necessidade de protocolos que promovam uma melhor assistência ao parto identificada através dos relatos “falta de protocolos e treinamentos/sensibilização da equipe toda (diurno e noturno)”, “protocolos que não são seguidos acabam por resultar em procedimentos invasivos” e “protocolos rígidos da instituição em relação a presença da Doula”.

É extremamente necessário que as instituições onde acontecem os partos proporcionem aos profissionais de saúde atualizações relacionadas às melhores diretrizes clínicas baseadas em evidências científicas. A adequação das diretrizes clínicas atuais aliadas a protocolos clínicos institucionais, fornecem ferramentas adequadas de consulta para os profissionais na sua atividade diária já que, se corretamente desenvolvidas, com avaliação sistemática e sintetização da informação científica disponível, são potentes aliadas na tomada de decisões.

Nesse processo, as habilidades e experiência clínica do provedor de cuidados associadas às expectativas e necessidades únicas das mulheres e suas famílias, em conjunto com a informação derivada da melhor pesquisa científica, formam o tripé que se chama de prática clínica baseada em evidência (BRASIL, 2022).

Outra barreira citada pelos profissionais diz respeito à Doula, através do relato “ausência de normativas hospitalares sobre a presença da Doula” e no quesito facilitadores mencionado apenas como “presença da Doula”.

A Doula é a profissional que tem se tornado cada vez mais presente no cenário de parto. Tem a função de oferecer apoio psicológico, conforto e suporte emocional à mulher durante todo o período de gravidez, parto e pós-parto e tem proporcionado resultados positivos no desfecho do parto (SAIG *et al.*, 2024). Quanto a esse quesito, a maternidade não possui Doulas voluntárias entre o quadro de pessoas que atuam na assistência ao parto. No entanto, caso a gestante tenha uma Doula escolhida durante a gestação, a Doula é acolhida pela equipe durante a internação da gestante. Vale ressaltar que a maternidade já instituiu um protocolo sobre a presença e atuação da Doula na instituição.

## **Barreiras e facilitadores relacionados à gestante**

Apesar de terem ocorridas poucas citações, barreiras e facilitadores também foram mencionados a respeito da própria gestante. O relato “falta de conhecimento da gestante sobre seus direitos” aponta que a gestante sem um conhecimento prévio sobre seus direitos fica sujeita à tomada de decisão dos profissionais de saúde. A citação por um dos profissionais de “falta de orientação da gestante quanto aos métodos não farmacológicos”, faz com que muitas gestantes escolham a cesárea pelo desconhecimento do que possam proporcionar os métodos não farmacológicos para alívio da dor e as tecnologias não invasivas do parto. Essas afirmações são reforçadas com o relato de que

“desejo materno” (referindo-se ao desejo pela cesárea) e “vemos muitas pacientes e acompanhantes pouco informados sobre o processo do trabalho de parto e parto, que não compreendem a assistência realizada, não desejam o parto normal, ocorrendo muitas cesarianas sem indicação médica”.

A cesariana a pedido ou por desejo materno é aquela realizada sem indicações médicas e sem contraindicação para tentativa do parto vaginal. No Brasil ela é amparada legalmente pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) através da Resolução nº 2.284/20, que permite ao médico, eticamente, atender à vontade da mulher de realizar a cesárea, nas situações de risco habitual, a partir da 39ª semana completa de gravidez (CFM, 2020).

O parto cesáreo é um procedimento cirúrgico abdominal realizado para o nascimento de uma criança quando a via vaginal não é viável ou desejada devido a indicações materno-fetais. As complicações maternas após cesariana são três vezes maiores que o parto vaginal. Para prevenir a cesariana sem indicação médica, favorecendo o parto vaginal, devem ser fornecidas orientações atualizadas, seguras e eficazes (BARNEA *et al.*, 2023).

Outra barreira importante relacionada às gestantes é decorrente ao alto risco gestacional que a maioria atendida na instituição carrega. As patologias na gestação, isoladas ou associadas a outras comorbidades, estão muitas vezes relacionadas aos desfechos negativos tanto para a mãe quanto para o feto ou recém-nascido (MENDES *et al.*, 2024). As barreiras citadas sobre esse quesito foram: “perfil de pacientes de alto risco, aumentando a necessidade de vigilância e monitorização materna e neonatal” e “comorbidades gestacionais”.

Já a “presença do acompanhante” foi citada como um facilitador relacionado à gestante, visto que o fato dela ser admitida, passar pelo trabalho de parto e parto com a presença de um acompanhante leva a entender que a presença e participação de uma pessoa do seu convívio já está bastante familiarizado como um direito e um cuidado no qual a mulher precisa. A presença de um acompanhante de livre

escolha da gestante durante o trabalho de parto proporciona diversos benefícios, como apoio emocional, redução da violência obstétrica, redução de complicações, fortalecimento dos laços familiares e humanização do parto (ARAÚJO, 2023).

## **Barreiras e facilitadores relacionados aos profissionais**

Aos profissionais de saúde que atuam na maternidade, barreiras e facilitadores também foram muito citados, principalmente em relação à classe médica. As barreiras ficaram evidentes através dos relatos “resistência por parte da equipe médica”, “formação invasiva de alguns profissionais”, “retirada do protagonismo da mulher no parto”, “não respeitar o plano de parto” e “atuação dos médicos obstetras”.

No entanto, os facilitadores relacionados aos profissionais também foram os relatos mais expressivos observados, mostrando-se como um ponto extremamente positivo na assistência ao parto. As citações foram: “equipe médica e multiprofissional altamente qualificada”, “humanização da equipe médica”, “trabalho humano comprometido”, “profissionais que tentam driblar a dificuldade do sistema para prestar um atendimento humanizado”, “percentual grande de profissionais habituados com as práticas de humanização”, “profissionais capacitados, dispostos e dedicados”, “engajamento da equipe”, “equipe de enfermagem alinhada com as condutas”, “os profissionais de enfermagem são engajados com a causa, não importando o cargo que ocupem, empenham recursos próprios para garantir uma assistência humanizada e de qualidade”, “equipe capacitada e com vontade de fazer acontecer o melhor para o conforto da mãe e do RN” e “equipe multidisciplinar disposta e atualizada que busca fornecer conforto e acolher as queixas da paciente”.

Sobre a importância da atuação da equipe multiprofissional no trabalho de parto e parto, a Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal recomenda que na assistência ao parto os profissionais devem estar atentos a: apresentar-se à mulher e ao seu acompanhante,

dirigindo-se à parturiente pelo nome ou como gostaria de ser chamada. Oferecer as informações de forma clara e concisa, evitando termos de difícil compreensão e utilizando materiais educativos para facilitar a comunicação. Respeitar e responder às necessidades, preferências e dúvidas da mulher com uma atitude positiva. Apoiar as necessidades emocionais da mulher com empatia e compaixão, por meio de encorajamento, elogios, reafirmação e escuta ativa. Apoiar a mulher nas suas escolhas e encorajá-la a expressar suas dúvidas, necessidades e preferências, e atualizando-a regularmente, bem como ao acompanhante, sobre o que está acontecendo (BRASIL, 2022).

Apesar dos pontos positivos destacados sobre a equipe de profissionais, a quantidade de pessoas que frequentam a maternidade em detrimento do seu papel de hospital-escola, fez com que o grande quantitativo de pessoas na cena do parto fosse mencionado várias vezes como uma barreira. Dessa forma os destaques foram: “quantidade de residentes e acadêmicos dificultam a privacidade da paciente”, “ambiente acadêmico”, “grande número de pessoas envolvidas no cuidado, por tratar-se de instituição de ensino” e “grande quantidade de pessoas circulando”.

Sobre esse tema carecem de estudos que abordam a quantidade de pessoas que atuam em uma maternidade de um hospital de ensino e a sua influência no andamento de trabalho de parto e parto. Porém, sabe-se da importância da manutenção da privacidade da parturiente para que o trabalho de parto progrida. É importante que os profissionais envolvidos esclareçam para a mulher a importância do papel que cada um exerce e em quais momentos estarão disponíveis e presentes na cena do parto. Também se faz importante que cada categoria informe a importância da atuação dos residentes e internos de Obstetrícia, Neonatologia e Enfermagem no processo de ensino aprendizagem dentro de um hospital-escola.

Outro tema negativo que foi salientado nos depoimentos está relacionado com a má comunicação existente entre os profissionais, o que ficou destacado nas seguintes citações: “dificuldade de diálogo

com a equipe médica”, “comunicação entre equipe de apoio: rouparia e nutrição”, “falha de comunicação”, “falta de engajamento/interesse da equipe de profissionais”, “comunicação interprofissional ruim, principalmente dos médicos com a equipe de enfermagem, não havendo o planejamento do cuidado em equipe interdisciplinar”, “falta de comunicação entre equipes” e “comunicação entre as equipes e o paciente”.

De acordo com Makarova *et al.* (2024), as mulheres em trabalho de parto atribuem grande importância à comunicação existente entre elas, os profissionais que assistem ao parto e o envolvimento dos acompanhantes. Segundo os mesmos autores, no trabalho de parto e parto as mulheres preferem um cuidado individualizado, com suporte emocional, comunicação adequada e recebimento de informações consistentes.

Falhas relacionadas à assistência também foram citadas como barreiras entre os depoimentos. Sobre esse tema emergiram os seguintes relatos: “falta do conhecimento dos direitos da mulher”, “falhas constantes no respeito à autonomia da mulher, quando decisões terapêuticas são somente comunicadas”, “permanência de práticas voltadas para a comodidade da equipe e não pautadas em evidências científicas e que objetivam primordialmente o conforto e acolhimento das parturientes” e “rotina da equipe médica que parece trabalhar por produção, principalmente quando indica cesariana”.

É importante que os profissionais compreendam que a maioria das mulheres deseja uma experiência positiva no parto. Por essa razão, os profissionais precisam se empenhar em ofertar o melhor tipo de assistência possível e com base em evidências científicas. A maioria das mulheres, especialmente aquelas que dão à luz pela primeira vez, fica apreensiva com o parto e com intervenções específicas durante a internação. Embora a maioria das mulheres deseje um parto normal, elas entendem que a intervenção médica às vezes é necessária para facilitar o nascimento de um bebê saudável (WHO, 2022).

O acesso à assistência ao ciclo gravídico-puerperal no Brasil é considerado praticamente hospitalar, com 99% dos nascimentos

assistidos nessas instituições. Dessa forma, urge a necessidade de melhorar a comunicação entre os profissionais e as mulheres com a finalidade de aumentar o nível de confiança das mesmas em sua capacidade parturitiva e valorizar o uso restrito e adequado de intervenções no trabalho de parto e nascimento (FRANZON *et al.*, 2019).

## **Considerações finais**

A pesquisa identificou barreiras e facilitadores relacionados à prática do Cuidado Amigo da Mulher no que diz respeito à instituição, às gestantes e aos profissionais de saúde. A percepção de barreiras e facilitadores é o primeiro passo para a mudança de comportamento. Visa o levantamento das fragilidades e as potencialidades existentes no meio onde a pesquisa acontece, pois, a melhoria das barreiras e o fortalecimento dos facilitadores podem impactar positivamente na qualidade do cuidado e os desfechos maternos e neonatais.

As barreiras ficaram destacadas na ambiência inadequada para o parto, a falta dos protocolos, o ambiente acadêmico, o desejo materno pela cesárea, a falta de conhecimento e preparo das gestantes e a falta de comunicação adequada entre as equipes do cuidado.

Como facilitadores se destacam a importância da atuação e o papel da equipe multiprofissional, a presença do acompanhante, da enfermeira obstetra e dos métodos não farmacológicos para alívio da dor.

Espera-se que a pesquisa seja uma motivação para levantamento de estratégias que visam a melhoria da assistência no Cuidado Amigo da Mulher, no que diz respeito a realização de ações práticas voltadas para o desenvolvimento de protocolos baseados em evidências, investimentos em estrutura física e capacitação das equipes.

## Referências

- ARAUJO, L. C.; GOMES, C. B. Presence of a companion in the delivery room and breastfeeding in the first hour of life: is there an association? **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. 23. 2023. 10.1590/1806-9304202300000055-en.
- BARNEA, E. R.; INVERSOS, A.; DE SIMONE, N. FIGO good practice recommendations for cesarean delivery: Prep-for-Labor triage to minimize risks and maximize favorable outcomes. **Int J Gynecol Obstet**. 2023; 163 (Suppl. 2): 57-67. doi: 10.1002/ijgo.15115.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal**: relatório de recomendação/Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.
- BRASIL. **Portaria nº 1.153, de 22 de maio de 2014**. Critérios de habilitação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC). Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2014.
- CLARKE, V. **Thematic analysis**: What is it, when is it useful, & what does “best practice” look like? [Vídeo]. [S. l.: s. n.], 2017. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=4vo-VhTiVydc&feature=youtu.be>. Acesso em: 20 dez. 2024.
- CLARKE, V.; BRAUN, V. Teaching thematic analysis: Overcoming challenges and developing strategies for effective learning. **The Psychologist**, 26 (2), 120-123, 2013.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 2.284/2020**. Brasília: CFM; 2020.
- CZECH, I.; FUCHS, P.; FUCHS, A.; LOREK, M.; TOBOLSKA-LOREK, D.; DROSZDZOL-COP, A.; SIKORA, J. Pharmacological and Non-Pharmacological Methods of Labour Pain Relief-Establishment of Effectiveness and Comparison. **Int J Environ**

- Res Public Health.** 2018 Dec 9; 15(12): 2792. doi: 10.3390/ijerph15122792.
- FEREDE, W. Y.; BERIHUN EREGA, B.; YEHUALA, E. D.; YIMER, T. S. (2024) An assessment of the provision of women-friendly care and its associated factors among mothers who gave birth at public health institutions in South Gondar Zone, Northwest Ethiopia. **Front. Glob. Womens Health** 5:1368388. <https://doi.org/10.3389/fgwh.2024.1368388>.
- FRANZON, A. C. A. *et al.* Communication and information strategy in health and preparation for childbirth: a randomized cluster trial (PRENACEL). **Cad. Saúde Pública** 2019; 35 (10). <https://doi.org/10.1590/0102-311X00111218>.
- FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (Brasil). **Principais Questões sobre Ambientes de Atenção ao Parto**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2019. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/principais-questoes-sobre-ambientes-de-atencao-ao-parto/>.
- KENE, C.; TEKALEGN, Y.; DIBABA, D. *et al.* Level of women-friendly care provision among mothers in immediate post-partum period at public hospitals of Southeast Ethiopia: a cross-sectional study. **BMC Women's Health** 22, 475, 2022. <https://doi.org/10.1186/s12905-022-02061-w>.
- LAMOUNIER, J. A.; CHAVES, R. G.; REGO, M. A. S.; BOUZADA, M. C. F. Iniciativa Hospital Amigo da Criança: 25 anos de experiência no Brasil. **Rev. Paul Pediatr.** [Internet]. 2019 [citado em 2019 Out 18]; 37(4): 486-93. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S01030582201900400486&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01030582201900400486&lng=en).
- LIMA, M. M. de; RIBEIRO, L. N.; COSTA, R.; MONGUILHOT, J. J. da C.; GOMES, I. E. M. Obstetric nurses in the childbirth process: the women's perception. **Rev. enferm. UERJ** [Internet]. 16º de outubro de 2020 [citado 23º de dezembro de 2024];

- 28: e45901. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/enfermagemuerj/article/view/45901>.
- MAKAROVA, N.; JANKE, T. M.; SCHMITTINGER, J.; AGRICOLA, C. J.; EBINGHAUS, M.; BLOME, C.; ZYRIAX, B. C. Women's expectations, preferences and needs in midwifery care – results from the qualitative Midwifery Care (MiCa) study: Childbirth and early parenthood. **Midwifery**. 2024 May; 132: 103990. doi: 10.1016/j.midw.2024.103990.
- MENDES, R. C. M. G. *et al.* Disrupted mother-fetus dyad risk in high-risk pregnancies: a Middle-Range Theory. **Rev. Bras. Enferm.** 2024 Jul 29; 77(3): e20230464. doi: 10.1590/0034-7167-2023-0464.
- PASCHE, D. F.; PESSATTI, M. P.; SILVA, L. B. R. A. A.; MATÃO, M. E. L.; SOARES, D. B.; CARAMACHI, A. P. D. C. Transition of the environment model in hospitals that deliver in Rede Cegonha. **Cien Saude Colet.** 2021 Mar; 26(3): 887-896. doi: 10.1590/1413-81232021263.45262020.
- RITTER, S. K.; GONÇALVES, A. C.; GOUVEIA, H. G. Práticas assistenciais em partos de risco habitual assistidos por enfermeiras obstétricas. **Acta Paul Enferm.** 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/fnLqLxc9ymjW4kNFZFJ8z5h/?lang=pt>.
- SAIGH, J.; ROCHE, L.; LONGACRE, M. L. Doula Services and Birth Outcomes: A Scoping Review. **MCN Am J Matern Child Nurs.** 2024 Mar-Apr 01; 49(2): 101-106. doi: 10.1097/NMC.0000000000000986.
- TONOSAKI, L. M. D.; RECH, C. R.; MAZO, G. Z.; ANTUNES, G. A.; BENEDETTI, T. R. B. Barriers and facilitators to participate in behavior change program: analysis of focus groups. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, Volume 40, Issue 2, 2018, Pages 138-145, ISSN 0101-3289, <https://doi.org/10.1016/j.rbce.2018.01.012>.

WHO. **WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience.** Geneva: World Health Organization; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

# O cuidado na enfermagem e *amor mundi*: ensaio teórico a partir da perspectiva de Hannah Arendt

Stephania Mendes Demarchi • Marcelo Eliseu Sipioni •  
Maria Angélica Carvalho Andrade

“Em tempos sombrios, é preciso amar”  
(ASSY, 2019, p. 14).

No Brasil existem mais de 2,5 milhões de profissionais de enfermagem (COFEN, 2020). A profissão é estruturada no conjunto de quatro categorias: enfermeiro, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem e parteira. Dessa forma, os trabalhadores de enfermagem têm graus diferentes de formação e exercem funções diferentes (BRASIL, 1986; LEOPARDI *et al.*, 1999), além de ser uma profissão de múltipla aplicabilidade, pois está na assistência, na saúde pública, na prevenção e na promoção da saúde. Encontra-se presente em todas as fases vitais do ser humano, o que lhe confere um aspecto essencial para sociedade. Dessa forma, a enfermagem é crucial em qualquer

sistema de saúde, sem ela não há como seguir com o trabalho (SILVA; MACHADO, 2020).

A enfermagem – considerada a principal força de trabalho em saúde no Brasil – desempenha um papel crucial na maioria dos ambientes que compõem a rede de serviços e ações de saúde. Essa categoria profissional pode influenciar de maneira significativa a implementação do SUS (Sistema Único de saúde), através da integração dos processos de assistência, gestão, educação e pesquisa, que são fundamentais para sua atuação (ANDRADE *et al.*, 2016; SANTOS; ALMEIDA; TREZZA, 2011). Portanto, enquanto uma profissão dedicada ao cuidado, tanto em nível individual quanto coletivo, a enfermagem abrange a prestação de assistência direta às pessoas e à administração dos serviços e cuidados oferecidos pelas equipes de saúde. O exercício dessa atividade está intrinsecamente ligado à responsabilidade ética que permeia as obrigações profissionais (ANDRADE *et al.*, 2016).

Considerando que o *amor mundi* trata do cuidado e comprometimento com a vida do outro (SILVA; FREITAS, 2021) e que este conceito, em Hannah Arendt, está relacionado à sua teoria política de amor, cuidado com o mundo, objetivando a conservação, preservação, permanência e durabilidade do mesmo (SAMPAIO; CARVALHO, 2021), questiona-se se o cuidado realizado pela enfermagem poderia ser considerado uma expressão de *amor mundi*.

Importa destacar que Hannah Arendt não se dedicou a falar sobre as profissões da saúde. Contudo, as suas obras discutem temas como trabalho, ação, política e *amor mundi*, que consideramos serem estratégicos para a compreensão do trabalho da enfermagem. Nesse contexto, este capítulo tem como objetivo refletir sobre a prática de cuidado realizada pela enfermagem a partir da perspectiva de *amor mundi* apresentada pela pensadora citada. Para o desenvolvimento desta análise, partiremos do modo como Hannah Arendt trabalhou a aplicabilidade do conceito de *amor mundi*, o entendimento do cuidado como princípio político e como o *amor mundi* pode ser um preceito

de análise ao pensar a prática do cuidado na enfermagem. Este capítulo é um ensaio teórico-conceitual a partir da análise bibliográfica sobre essa temática.

## **A aplicabilidade do conceito *amor mundi* em Hannah Arendt**

Hannah Arendt viveu entre 1906 e 1975 e foi uma das filósofas políticas mais influentes do século XX. A originalidade do seu pensamento foi marcante em sua obra, sendo as mais conhecidas e que tiveram grande impacto dentro e fora da comunidade científica os trabalhos *A origem do totalitarismo*, publicada em 1951, em que analisa a natureza e os antecedentes históricos do fenômeno totalitário, e *A condição humana*, de 1958, em que analisa as categorias fundamentais da *Vita Activa* (labor, trabalho e ação) (D'ENTREVES, 2016).

Para Arendt, todos os elementos da condição humana estão de alguma forma conectados à política. Para tal, a filósofa discute três conceitos importantes em *A Condição Humana*, no qual utiliza a expressão *vita activa* para se referir ao labor, ao trabalho e à ação, que são atividades fundamentais para a vida humana na Terra. Dessa forma, o labor, que está ligado ao processo biológico do corpo humano, estabelece as bases para a vida. O trabalho, por sua vez, relaciona-se à antinaturalidade da existência humana e está ligado à mundanidade. A ação, conforme Arendt descreve, é a única atividade realizada diretamente entre os seres humanos, sem a intermediação de objetos ou matérias, representando a condição humana da pluralidade (OLIVEIRA, 2023; ARENDT, 2007).

Dessa forma, o labor refere-se ao processo biológico do corpo humano, que abrange o crescimento e a sua deterioração. É o ato de preservar a própria existência, uma vez que a essência do labor está diretamente ligada à vida, incluindo atividades como cuidar da higiene

pessoal e do lar, alimentar-se e cozinhar para si e para os outros (ARENDDT, 2007; MARTINS, 2022; SAMPAIO; CARVALHO, 2021).

O trabalho, por outro lado, é uma atividade que não ocorre de maneira natural e oferece uma sensação de continuidade diante da transitoriedade da vida mortal, como ocorre nas profissões de sapaiteiro, educador, médico e ator, entre outras. Trata-se da geração de bens duráveis de forma operacional. Esta atividade é mais visível em contraste com a esfera mais privada do labor (ARENDDT, 2007; MARTINS, 2022; SAMPAIO; CARVALHO, 2021).

Em A Condição Humana, Arendt analisa as práticas fundamentais da vida ativa, enfatizando o ser humano que labora (*animal laborans*), que cria objetos (*homo faber*) e que reflete e interage com seus semelhantes, exercendo sua habilidade de agir nos temas da vida social. Essa troca de palavras e ações se manifesta na dinâmica da ação. Assim, o resultado final gerado pelo *homo faber* pode satisfazer as demandas de sua época e se manter útil para as gerações que virão, dependendo de suas características. Além disso, a forma como foi elaborado pode se prolongar, ajudando na criação de novas obras e até na sua melhoria (OLIVEIRA, 2023).

Já a ação reflete a condição humana da pluralidade, evidenciando que são homens, e não o Homem, que habitam a Terra e o mundo. Dessa maneira, a ação não se limita à esfera pessoal, como o trabalho individual, nem se trata apenas de uma atividade em uma organização ou indústria, mas envolve o reconhecimento da nossa conexão com outros dentro de uma comunidade (ARENDDT, 2007; MARTINS, 2022; SAMPAIO; CARVALHO, 2021).

Arendt (2007) aponta que o *amor mundi* se manifesta em conexão com cada atividade da *vida activa*: ao falar sobre o labor, a filósofa descreve o mundo como a Terra, representando a natureza. Na atividade do trabalho, o mundo é visto como um artefato humano, feito das coisas que surgem das habilidades manuais, enquanto o mundo da ação, situada no espaço público, abrange ainda a noção de um mundo compartilhado, que está vinculado às interações estabelecidas entre os

indivíduos, referindo-se ao mundo sob a ótica política (OLIVEIRA, 2023). Assim, o *amor mundi* diz respeito ao cuidado e ao comprometimento com a vida do outro (SILVA; FREITAS, 2021).

Para Arendt, o conceito de *amor mundi* refere-se à necessidade do ser humano de nutrir amor pelo mundo, o que inclui amar as pessoas que nele vivem, zelar pelas criações humanas e pelos objetos. Ademais, envolve também a responsabilidade de cuidar das instituições e normas que garantem um espaço público crucial para a atuação de indivíduos que possuem iguais capacidades e liberdades de agir (MALTCHIK, 2023).

Ao abordar a vida política, que diz respeito à coletividade, Arendt aplica sua visão ética enquanto ética da responsabilidade (SILVA, 2016), pregando pela continuidade do mundo em suas diversas dimensões, servindo assim como suporte para vida humana. No âmbito da responsabilidade pelo mundo, é possível refletir sobre a importância do cuidado. Esse cuidado que está presente em todas as formas de vida, sendo imprescindível para a existência. Quando se recebe atenção e cuidado, a pessoa doente pode efetivamente exercer seu direito à cidadania (SCHOELLER; LEOPARDI; RAMOS, 2011). O direito ao cuidado à saúde é fundamental, pois sem o cuidado, desde o início da vida até o seu fim, o ser humano se desestrutura, enfraquece, perde seu propósito e morre (BOFF, 1999).

## **Cuidado, enquanto princípio político**

O *amor mundi* [...], significa se responsabilizar por ele sem nunca perder o vínculo de pertencimento que une os homens ao mundo. Em suma, significa “cuidado”: cuidado com aquilo que deve permanecer para além de nós mesmos, cuidado que se baseia pela salvaguarda em conjunto da pluralidade, do poder e da liberdade humanas (NUNES, 2016, p. 72).

O ato de cuidar é fundamental para a continuidade da vida. Desde os primórdios da humanidade, essa prática tem sido significativa, desempenhando um papel essencial na realização e no avanço de ações que sustentam a existência de indivíduos e comunidades (JUÁREZ-RODRIGUES; GARCIA-CAMPOS, 2009), isto porque o cuidado é exercido de diversas formas e a necessidade de receber cuidados é inerente ao ser humano, sendo universal, já que todos os indivíduos podem precisar, incluindo crianças, idosos, pessoas com dependência, além de adultos considerados “capazes”. Assim, as teorias relacionadas ao cuidado favorecem o reconhecimento de que sua necessidade é uma condição comum a todos os seres humanos (MOLINIER; LEGARRETA, 2016).

De forma resumida, o cuidado pode ser entendido como um conjunto de ações voltadas para suprir as necessidades biológicas fundamentais, atender às particularidades de cada indivíduo, e evitar ou reduzir danos e sofrimentos desnecessários. Além disso, envolve o apoio ao desenvolvimento de habilidades e capacidades, tudo isso realizado de forma atenta, responsiva e comprometida, respeitando as vulnerabilidades e dependências das pessoas (PIOVESAN, 2019; ZIRBEL, 2016).

O ato de cuidar, como aponta sua origem etimológica, envolve realizar ações concretas em benefício de alguém. Em outras palavras, o cuidado se refere tanto ao trabalho prático quanto à postura ética que emerge, principalmente, por meio desse trabalho. Assim, compreender o cuidado implica, de fato, analisar suas condições organizacionais e materiais, envolvendo, de maneira específica, uma distribuição das tarefas (MOLINIER; LEGARRETA, 2016).

Cabe ressaltar que a prática do cuidado em nosso tempo possui características específicas. Considerando a sua distribuição desigual, historicamente ela tem recaído sobre as mulheres, sendo também influenciada por desigualdades raciais e de classe. Ademais, o trabalho de cuidado foi relegado ao âmbito privado, situando-se no lar e nas atividades domésticas. Como resultado, as vozes das pessoas

que prestam cuidados muitas vezes não foram ouvidas e receberam menos atenção em comparação com outros indivíduos que têm mais visibilidade na esfera pública. Por todas essas razões, o feminismo, ao focar na questão do cuidado, busca destacar as desigualdades que permeiam a sua distribuição (MOLINIER; LEGARRETA, 2016), isto porque as atividades de cuidado, cuja finalidade é atender às necessidades humanas e promover um senso de comunidade, encontram-se entre as ocupações mais mal pagas e menos valorizadas. De fato, essas funções são predominantemente femininas, frequentemente não reconhecidas, e em grande medida realizadas sem pagamento no âmbito doméstico, onde se entrelaçam com sentimentos de afeto e cooperação (MOLINIER; LEGARRETA, 2016).

Na perspectiva do argumento aqui adotado, não pretendemos reforçar estereótipos de gênero ou a ideia de um pensamento maternal, pois ao nosso ver o cuidado não depende da manifestação de emoções como simpatia, bondade ou compaixão para motivar suas ações ou torná-las corretas. Isso permite uma concepção de cuidado que transcende as relações pessoais, abrangendo uma perspectiva coletiva que apoia instituições e políticas públicas, as quais ajudam os indivíduos a atender suas necessidades, desenvolver suas habilidades ou viver sem dor ou sofrimento (PIOVESAN, 2019; ZIRBEL, 2016).

Durante a prática profissional na área da saúde, o trabalhador se relaciona com os usuários, direcionando a eles seus atos de cuidados (FEUERWERKER, 2014). Esse processo se concentra em indivíduos ou grupos que estão doentes, saudáveis ou em situação de risco e que necessitam de intervenções para tratar, manter a saúde ou evitar doenças (PIRES, 2000). O cuidado realizado pela enfermagem é exemplo disso, uma vez que se distingue dos cuidados oferecidos por outras áreas profissionais ao não se restringir ao tratamento do corpo. Ele abrange o cuidado integral da pessoa, de maneira que envolve uma resposta à complexidade do ser humano doente. Isso é o que se quer expressar quando se diz que este profissional se dirige ao indivíduo como um todo, e não apenas ao seu corpo (RENAUD, 2010).

Durante a realização de suas funções, esses trabalhadores estabelecem um contato direto com os pacientes. O aspecto do cuidado é característico da enfermagem dentro do setor saúde, sendo o ponto central dessa profissão (ARGENTA; PIRES, 2002). O atendimento ao paciente é fundamental na área de enfermagem, que pode ser caracterizada como uma prática que demanda apreço tanto pessoal quanto profissional, focada na preservação, recuperação e no autocuidado da saúde, fundamentada na interação terapêutica entre enfermeiro e paciente (JUÁREZ-RODRIGUES; GARCIA-CAMPOS, 2009). Assim, cuidar de cada indivíduo requer um compromisso ético, filosófico e científico para garantir a preservação de sua dignidade e a manutenção de sua existência (MARRINER-TOMEY; ALLIGOOD, 2002).

Desse modo, o cuidado se apresenta como princípio essencial para que a vida seja dignificada (WAHLBRINK, 2013). Consideramos que a enfermagem presta cuidados a indivíduos, profissionais, famílias e comunidades e que, portanto, constitui uma atividade social fundamentada na ciência, na ética e na ação política, algo essencial para enfrentar os obstáculos que o século XXI nos impõe.

Dessa forma, a enfermagem apresenta-se como uma profissão de extrema relevância para a sociedade (OLIVEIRA *et al.*, 2020) pois é dedicada ao cuidado do ser humano, tanto em nível individual, quanto coletivo. Essa área abrange a prestação de assistência direta às pessoas, bem como a coordenação dos serviços e do atendimento realizado pela equipe de enfermagem. Seu trabalho é guiado por princípios éticos e legais, visando garantir a qualidade que promove o bem-estar e/ou a recuperação da saúde dos indivíduos (SILVA, 2012)

Se entendermos a ideia de *amor mundi* como responsabilidade pelo mundo que se manifesta através das interações humanas e que atribui às nossas ações um caráter de atenção e cuidado, cuidar do mundo envolve também cuidar do próximo, de nós mesmos e considerar a continuidade de ações que convertam o espaço cotidiano em um ambiente acolhedor para todas as formas de vida (GONÇALVES, 2020). Afinal, como salientamos anteriormente, o *amor mundi*

refere-se ao amor em um contexto coletivo-político, representando uma atitude de respeito pelo coletivo (GERHARDT, 2019). Assim, o cuidado, enquanto um princípio também político, pode ser entendido como uma ação abrangente que envolve tudo o que realizamos para sustentar, conservar e restaurar nosso mundo (TRONTO, 2007).

## **Cuidado da enfermagem e *amor mundi***

“o único tipo de amor que eu conheço e em que acredito é o amor por pessoas” (ARENDR, 2016, p. 757).

Na prática da enfermagem, os princípios que fundamentam a condição humana de *vita activa* discutidos por Arendt podem ser relevantes para a rotina do enfermeiro, pois labor (biológico), trabalho (produção de algo novo) e ação se manifestam de maneira tangível nesse contexto profissional (SOUSA *et al.*, 2020). Dessa maneira, *Vita Activa* (ao labor, ao trabalho e à ação) revela a condição humana vivida no cotidiano (MARTINS; SCHIO; THOFEHRN, 2018).

Na condição humana do labor, o enfermeiro realiza ações que garantem a sobrevivência do corpo e os cuidados necessários. O que podem incluir: se alimentar, se hidratar, usufruir do tempo de descanso, realizar as necessidades fisiológicas, tomar medicamentos em caso de doença, e qualquer outra atividade para a preservação de suas vidas. Além disso, o enfermeiro também executa cuidados com o corpo do seu paciente como: higienização, curativos, administração de medicamentos, mudança de decúbitos etc.

Dessa forma, o profissional de enfermagem precisa também cuidar do seu próprio corpo ao mesmo tempo que das necessidades biológicas dos seus pacientes. Quando se considera a enfermagem, infere-se que o labor abrange as ações que garantem a sobrevivência do corpo e a assistência necessária. Nesse contexto, os envolvidos compartilharam experiências relacionadas a: oferecer alimentos, assegurar a

hidratação, proporcionar descanso, realizar eliminações urinárias e fecais, exercitar-se, tomar medicamentos e consultar profissionais especializados, todos reconhecidos como elementos fundamentais para a preservação da vida (MARTINS; SCHIO; THOFEHRN, 2018).

Já o trabalho pode ser visto como obras manual e intelectual que o enfermeiro aplica no seu ambiente de trabalho, como a aplicação da sistematização do cuidado de enfermagem, administração de escala, gestão de recursos humanos, aplicação de protocolos internacionais que precisam de avaliação de parâmetros para aplicabilidade. O trabalho cria um universo artificial de objetos no qual se encontra resguardada a vida de cada indivíduo. Esse processo se inicia em um estágio imaterial, em que o trabalhador concebe a ideia do que pretende fabricar. Em seguida, é imprescindível a utilização de um material (matéria-prima) que, por meio do processo produtivo (a tarefa do *homo faber*), será transformado em um produto concreto. Os frutos dessa atividade possuem características de permanência e resistência, sendo integrados ao contexto criado pelo homem. Essa produção resulta em um espaço habitável para os seres humanos, um ambiente confeccionado por eles, distinto da natureza (*physis*), que ainda é enigmática e intimidadora, pois não está sob seu controle. Isso reflete a condição humana de estar imerso na mundanidade (MARTINS; SCHIO; THOFEHRN, 2018; ARENDT, 2007).

O trabalho no ambiente hospitalar também é um ambiente artificial em que se tem como objetivo garantir a sobrevivência dos pacientes. Neste processo, o trabalhador de enfermagem pretende produzir saúde utilizando a matéria-prima que no cuidado pode ser o próprio corpo do paciente, além de ferramentas de trabalho, como medicação, gases, agulhas, pomadas, macas, curativos, equipo de soro e os mais diversos tipos de material, que, após as ações, pretende transformar um ser doente em saudável, com dor para sem dor. O fruto da atividade de enfermagem são seres capazes de voltar para a sociedade com a sua necessidade de cuidado de saúde atendidos. Dessa forma, o trabalho da enfermagem em ambiente hospitalar, além de

suprir as necessidades biológicas (características do labor), também é capaz de produzir saúde. Apesar de não ser palpável, é esta produção que garante durabilidade da existência humana.

A saúde e o processo de restauração de saúde passam pelo que Arendt define como aspectos do trabalho, conforme descreve Oliveira (2023), características do trabalho que a diferenciam das outras ações da vida ativa. Entre esses aspectos estão: a matéria-prima, que já existe na natureza, o processo de produção, que apresenta um início claro e um desfecho específico, culminando em algo totalmente novo e capaz de perdurar no mundo, e a fabricação.

A restauração da saúde é produção de algo novo nos serviços hospitalares. Isto é coerente com a condição humana do trabalho, pois o trabalho é marcado pela capacidade de fazer algo novo, sendo outro aspecto da existência humana ativa que Arendt discute. Isso se manifesta por meio da implementação de práticas assistenciais, visando desenvolver novas abordagens nos cuidados de enfermagem. Essas práticas são fundamentadas em ações de promoção da saúde com foco em um cuidado mais autêntico e humano, resultando em uma assistência mais eficaz. O papel da enfermagem é essencial na construção de relacionamentos, na acolhida do sofrimento e na promoção de uma atuação criativa e solidária, que favorece uma escuta atenta e, como consequência, a melhoria da qualidade de vida dos pacientes (SOUSA *et al.*, 2020).

Já a ação pode ser vista quando se age em comum acordo entre os técnicos de enfermagem para avaliação de conduta, reunião de gestão para análise de indicadores do seu setor ou comissões (por exemplo: segurança do paciente, quando são definidas condutas para diversos setores), além de estar presente em relação ao paciente, quando o profissional realiza as orientações de cuidado, quando estimula a autonomia, quando há respeito, quando o indivíduo sai da internação orientado sobre a melhor forma de manter a saúde, caracterizando, assim, a terceira condição da experiência humana, definida pelas interações entre o trabalhador e a instituição.

Essas interações envolvem, portanto, as relações pessoais entre a gestão e os funcionários, a dinâmica social, e as conexões entre o indivíduo e o grupo, além da relação entre trabalho e saúde mental, e entre o trabalhador e o usuário. É nesse contexto que se desenvolvem os cuidados contínuos, os quais geram significados psíquicos para o trabalhador e favorecem a formação de laços subjetivos e intersubjetivos (SOUSA *et al.*, 2020).

Nesse contexto, tendo em vista que o labor, o trabalho e a ação representam manifestações da *vita activa*, procuraremos entender em que grau o amor pelo mundo pode ser visto como um compromisso com a Terra, com a vida humana e com o ambiente, servindo como um legado histórico e uma referência para as futuras gerações (OLIVEIRA, 2023). Dessa forma, o amor pode ser compreendido como um elemento que assegura a continuidade do mundo, resistindo à transitoriedade da existência humana, evidenciando a importância do cuidado e da proteção, funcionando como um lar e um espaço de acolhimento para aqueles que chegam por meio do nascimento. Na filosofia de Arendt, é perceptível uma crescente conscientização sobre a posição do ser humano como um agente político no mundo, interagindo com ele e assumindo a responsabilidade por sua preservação (OLIVEIRA, 2023).

Nesse sentido, o profissional de enfermagem deve reconhecer a relevância dessas três funções da *vita activa*, uma vez que, além de consumir e produzir, ao participar da política, pode desencadear novos processos que promovam transformações nos cuidados com seu ambiente de trabalho, na dinâmica profissional e nas interações com os colegas, o que pode gerar mudanças que contribuirão para a elevação da qualidade de vida do enfermeiro, aprimorando o ensino da enfermagem e os cuidados de saúde prestados aos usuários do SUS (MARTINS; SCHIO; THOFEHRN, 2018).

O cuidado na enfermagem pode ser influenciado por princípios éticos, políticos, sociais e de cidadania, que se alinham aos valores inerentes à profissão de cuidar. Isso o torna uma prática

fundamentalmente humana. A ética, como característica do cuidado, transforma essa ação em algo que representa valores, abrangendo tanto a pessoa que recebe o cuidado quanto a quem o oferece, além das circunstâncias que precisam ser abordadas durante o processo. Nesse aspecto, a enfermeira reconhece o cuidado como uma obrigação moral e ética, o que contribui para o respeito pela dignidade humana e pela vida em si (CASATE; CORREA, 2005; VALE; PAGLIUCA, 2011).

Dessa forma, a convivência no espaço de saúde pode ser vista como uma manifestação do *amor mundi*, já que contribui no sentimento de responsabilidade e cuidado pelo outro, sendo isto, base para a produção de saúde. Além disso, amar o mundo não está relacionado à sua admiração ou à vontade de permanecer nele, mas principalmente o compromisso de garantir a vida das pessoas, tornando o mundo um lar para elas (SILVA; FREITAS, 2021). Sendo assim, o cuidado direcionado a outra pessoa expressaria o sentimento de *amor mundi* (SILVA; FREITAS, 2021).

Na enfermagem essa noção de cuidado encontra-se presente em sua prática e requer interação, apoio, geralmente em momentos difíceis. Trata-se de uma conexão com o outro em diversos momentos de sua vida, entre o nascimento e a morte (BESERRA, 2014). É nessa responsabilidade em relação ao mundo compartilhado que está intimamente ligado ao amor pelo mundo. É no desejo que tomamos a decisão de amarmos o mundo o suficiente para nos comprometer com ele. Portanto, amor pelo mundo não é apenas uma promessa que conecta as pessoas, mas, acima de tudo, um chamado à ação. A preocupação em relação ao mundo revela que a visão política de Arendt ocorre porque os interesses individuais estão integrados em um contexto maior, ligado à comunidade (SILVA, 2016).

## Considerações finais

A reflexão nos mostra que a enfermagem como profissão voltada para o cuidado, que mantém assistência ao ser humano do nascimento até a morte, que realiza gestão de cuidado, contribui com pesquisas científicas, desse modo, este cuidado possui grande valor político, pois garante a vida e assim o ser humano pode organizar a sociedade.

A atuação da enfermagem não foi discutida por Hannah Arendt. No entanto, podemos explorar em sua obra conceitos, trechos e conexões que possibilitam uma nova interpretação sobre esse assunto. Utilizar o referencial dessa filósofa, que vê o *amor mundi* como um compromisso com o mundo, nos possibilita enxergar o cuidado como uma expressão do *amor mundi*, realizado pela enfermagem, já que ao aprofundar a relevância do atendimento proporcionado por esta profissão, à luz das reflexões de Hannah Arendt, nos permite enxergar o ato de cuidar como uma manifestação de amor pelo mundo e uma maneira de assegurar sua continuidade. Ao cuidar, preservamos tanto a vida humana quanto o bem-estar das futuras gerações.

Entre as limitações deste ensaio, ressalta-se que o *amor mundi* é um conceito abrangente, o que pode dificultar a sua aplicabilidade. Ademais, o cuidado é frequentemente percebido no âmbito privado, sem ser considerado uma manifestação da esfera pública. Para que essa mudança de paradigma ocorra, são indispensáveis investigações futuras que analisem o cuidado e a atuação da enfermagem sob a ótica filosófica, em razão da significativa relevância do *amor mundi* para a preservação da vida, relacionando o cuidado como um valor social e político eminente.

## Referências

- ANDRADE, S. R. *et al.* Fundamentos normativos para a prática do cuidado realizado pela enfermagem brasileira. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 69, n. 6, p. 1082–1090, 2016.
- ARENDT, H. **A condição humana**. 10 ed. Rio de Janeiro: Forense universitária, 2007.
- ARENDT, H. **Escritos judaicos**. Barueri: Amarylus, 2016.
- ARGENTA, M. I.; PIRES, D. E. P. Compreender o processo de trabalho da enfermagem: uma necessidade para a profissão. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 55, n. 5, p. 603–604, 2002.
- ASSY, B. *Amor mundi* em Hannah Arendt. In: PINHEIRO, R. *et al.* **Amor mundi, políticas da amizade e cuidado: a integralidade e a polifonia do cotidiano da saúde**. Rio de Janeiro: FGB/Pembroke Collins, 2019.
- BESERRA, E. P. *et al.* Sofrimento humano e cuidado de enfermagem: múltiplas visões. **Escola Anna Nery**, v. 18, n. 1, p. 175-180, 2014.
- BOFF, R. **Saber Cuidar: Ética do humano – compaixão pela terra**. Rio de Janeiro: Vozes, 1999.
- CASATE, J. C.; CORRÊA, A. K. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 13, n. 1, p. 105–111, 2005.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Enfermagem em números**. [S. l.: s. n.], 2020. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/enfermagem-em-numeros>. Acesso em: 24 de julho de 2021.
- DA SILVA, R. S. *et al.* Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem: uma pesquisa documental. **Enfermagem em Foco**, v. 3, n. 2, p. 62-66, 2012.
- D'ENTREVES, M. P. Hannah Arendt. **The Stanford Encyclopedia of Philosophy**, 2016. Disponível em: <https://plato.stanford.edu/archives/win2016/entries/arendt>. Acesso em: 06 dez. 2024.

- FEUERWERKER, L. C. M. **Micropolítica e saúde**: produção do cuidado, gestão e formação. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.
- GERHARDT, T. E. A imagem: instrumento de conhecimento do outro ou de interiorização de preconceitos. In: PINHEIRO, R. *et al.* (org.). **Amor mundi, políticas da amizade e cuidado**: a integralidade e a polifonia do cotidiano da saúde. Rio de Janeiro: FGB/Pembroke Collins, 2019.
- GONCALVES, L. P. **Amizade, política e a produção de subjetividades éticas**: sobre a construção do mundo contemporâneo como *amor mundi*. 2020. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-graduação Stricto Sensu em Psicologia da Universidade Federal do Maranhão, São Luis, 2020.
- JUÁREZ-RODRÍGUEZ, P. A; GARCÍA -CAMPOS, M. DE L. La importancia del cuidado de enfermería. **Rev. Enferm. Inst. Mex. Seguro Soc**, v. 17, n. 2, p. 109-111, 2009.
- LEOPARDI, M. T. *et al.* **O processo de trabalho em saúde**: organização e subjetividade. Florianópolis: Papa-Livros, 1999.
- MALTCHIK, L. **Do conceito de amor em Santo Agostinho ao conceito de amor mundi em Hannah Arendt**: um estudo comparativo. 2023. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Rio Grande do Sul, 2023.
- MARRINER-TOMEY, A.; ALLIGOOD, M. R. **Modelos y teorías em enfermeira**. 5. ed. Madrid: Harcourt, 2002.
- MARTINS, A. M. D. S. **A dimensão política da docência e o amor mundi**: reflexões sobre o discurso de professores de uma escola confessional protestante. 2022. Dissertação (Mestrado em Educação, Arte e História da Cultura) – Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, 2022.
- MARTINS, C. L.; SCHIO, S. M.; THOFEHRN, M. B. Uma introdução sobre a condição humana do enfermeiro docente. **CADERNOS DO PET Filosofia**, v. 9, n. 18, p. 64-94, 2018.

- MOLINIER, P.; LEGARRETA, M. Subjetividad y materialidad del cuidado: ética, trabajo y proyecto político. **Papeles del CEIC**, n. 1, p. 1, 2016.
- NUNES, I. V. B. *Amor mundi* e espírito revolucionário: Hannah Arendt entre política e ética. **Cadernos de Filosofia Alemã: Crítica e Modernidade**, v. 21, n. 3, p. 67-78, 2016.
- OLIVEIRA, E. A. F. **O conceito de amor em Hannah Arendt: da perspectiva agostiniana ao amor mundi**. 2023. Dissertação (Mestrado em Filosofia) -Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de Pós-Graduação em Filosofia. São Leopoldo, 2023.
- OLIVEIRA, K. K. D. *et al.* Nursing Now e o papel da enfermagem no contexto da pandemia e do trabalho atual. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 42, 2020.
- PIOVESAN, B. F. Mulheres no Poder Legislativo: possibilidades de ressignificação através da teoria político-feminista do cuidado. **Resenha Eleitoral**, v. 23, n. 1, p. 231-262, 2019.
- PIRES, D. Reestruturação produtiva e conseqüências para o trabalho em saúde: implicaciones para el trabajo en salud. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 53, n. 2, p. 251-263, 2000.
- RENAUD, I. C. R. O cuidado em enfermagem. **Pensar enfermagem**, v. 14, n. 1, p. 2-8, 2010.
- SAMPAIO, K. F. B.; CARVALHO, Z. J. V. O cuidado com o mundo ou *amor mundi* e sua relação com a ação política em Hannah Arendt. **Kínesis – Revista de Estudos dos Pós-Graduandos em Filosofia**, v. 13, n. 34, p. 142-161, 2021.
- SANTOS, R. M.; ALMEIDA, L. M. W. S.; TREZZA, M. C. S. F. (Re) creation and innovation of nursing care. **Rev. Bras. Enferm.** [Internet]. Revista Brasileira Enfermagem, v. 64, n. 4, 2011.
- SCHOELLER, S. D.; LEOPARDI, M. T.; RAMOS, F. S. Cuidado: eixo da vida, desafio da enfermagem. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 1, n. 1, p. 88, 2011.

- SILVA, E. O. Alienação e subjetivismo: a renúncia do amor renascentista pelo mundo. Princípios: **Revista de Filosofia**, v. 25, n. 48, p. 217–230, 2018.
- SILVA, M. V. **Hannah Arendt e as atividades do espírito**: por uma ética da responsabilidade. 2016. Dissertação (Mestrado) – Faculdade Jesuíta de Filosofia e Teologia, Belo Horizonte, 2016.
- SILVA, M. C. N.; MACHADO, M. H. Sistema de Saúde e Trabalho: desafios para a Enfermagem no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 1, p. 7-13, 2020.
- SILVA, N. L. G.; FREITAS, C. K. A. Relato de experiência: o *amor mundi* como expressão do cuidado em saúde mental. **Revista PsicoFAE: Pluralidades em Saúde Mental**, v. 10, n. 1, p. 33–44, 2021.
- SOUSA, Y. G. *et al.* Condição humana do trabalhador de enfermagem na perspectiva de Hannah Arendt. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 73, e20170727, 2020.
- TRONTO, J. C. Assistência democrática e democracias assistenciais. **Sociedade e Estado**, v. 22, n. 1, 2007.
- VALE, E. G.; PAGLIUCA, L. M. F. Construção de um conceito de cuidado de enfermagem: contribuição para o ensino de graduação. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 64, n. 1, p. 106–113, 2011.
- WAHLBRINCK, I. F. Dignificar a vida pela ética do cuidado: compromisso do ser humano. **Revista Triângulo**, v. 6, n. 1, 2013.
- ZIRBEL, I. **Uma teoria político-feminista do cuidado**. 2016. 260 f. Tese (Doutorado em Filosofia) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Florianópolis (SC), 2016.

Parte 3

---

# **Cuidado integral à saúde**

# Além da sobrevivência: a importância do cuidado integral à saúde física e emocional de crianças refugiadas

*Suzana Antônio • Alice Murad Mazzini •  
Maria Angélica Carvalho Andrade*

A migração entre países não é um fenômeno recente, sendo comum, desde muito tempo, as pessoas deixarem seus países de origem para se refugiar em outras nações. Porém, cada vez mais, tem se tornado uma questão de grande relevância global, levando milhões de pessoas a buscarem melhores condições de vida, segurança, trabalho, estudo, reunião familiar e proteção contra perseguições políticas ou religiosas, conflitos armados, desastres naturais e outros fatores (OLIVEIRA; SILVA, 2017).

Conforme a motivação dessa migração, os indivíduos podem ser classificados como refugiados, recebendo proteção especial e se distinguindo dos migrantes comuns, uma vez que a permanência no

país de origem é inviável devido aos riscos graves que enfrentam (DE ANDRADE; MONT'ALVERNE, 2022).

Esse deslocamento forçado fica mais evidente quando se analisam os dados mais recentes do Relatório de Tendências Globais divulgado pela ACNUR. O relatório indica que cerca de 40% das pessoas deslocadas à força, o que equivale a cerca de 47 milhões de indivíduos, são crianças e adolescentes com menos de 18 anos de idade. Isso evidencia a vulnerabilidade dessa faixa etária nas situações de refúgio e destaca a necessidade urgente de uma resposta humanitária eficaz (UNHCR, 2024).

No Brasil, de acordo com o relatório “Refúgio em Números – 2022” do Observatório das Migrações Internacionais (OBMigra), foram registradas 14.244 solicitações de reconhecimento da condição de refugiado para crianças e jovens menores de 15 anos em 2021, provenientes de diversas nacionalidades, incluindo Venezuela (10.469), Cuba (1.658), Angola (842), Colômbia (222), Peru (90), Vietnã (79), Afeganistão (59) e outros países (JUNGER *et al.*, 2024).

Nesse contexto, a população infantil, mais do que outros grupos, precisa enfrentar, na maioria das vezes, desafios únicos quando está exposta a situações de migração forçada, principalmente por ser particularmente mais vulnerável. Seu contexto de vida pode ser profundamente afetado, já que muitas vezes essas crianças são compelidas a abandonar suas casas, amigos e raízes culturais em busca de um lugar mais seguro. Assim, ao se depararem com uma nova realidade, podem experimentar a saudade de seu local de origem e enfrentar implicações significativas em seu desenvolvimento emocional e cognitivo, além de vivenciar desafios em encontrar um senso de pertencimento no país de destino (ASSUMPCÃO; COELHO, 2020; BEZERRA, 2016; CANTINHO, 2018).

Diante de todos esses desafios, uma questão importante que se refere a esses pequenos indivíduos, que buscam proteção e refúgio em outros países, são os múltiplos fatores que podem influenciar seu estado de saúde, incluindo o histórico prévio à migração, as condições

enfrentadas durante a jornada e a situação de acolhimento no país de destino. Tais circunstâncias podem levar a problemas como desnutrição, doenças infecciosas e questões relacionadas à saúde mental, especialmente quando essas crianças foram expostas a situações de exploração, violência, conflitos armados, separação de familiares e experiências traumáticas (GMÜNDER *et al.*, 2020; ISSOP, 2018; WILLIAMS *et al.*, 2016).

Desta forma, torna-se importante uma abordagem integral desses cuidados em saúde a essa população, indo muito além da simples sobrevivência dessas crianças. Assim, é necessário cuidar desses pequenos indivíduos como um todo, levando-se em conta todos os aspectos da saúde e do bem-estar, englobando saúde física, mental, bem-estar social, promoção e prevenção. Torna-se relevante a abordagem de todas as dimensões da vida que podem influenciar seu estado de saúde. Para garantir esse cuidado integral à saúde das crianças, é necessário a parceria estabelecida entre responsáveis, comunidade, profissionais de saúde, assistência social e educação. Ainda, é essencial compreendê-las como seres indivisíveis que requerem atenção integral, a fim de assegurar sua plena proteção e bem-estar em seu novo ambiente (BRASIL, 2018).

Em vista disso, o objetivo deste estudo foi analisar, mediante evidências científicas disponíveis na literatura, o cuidado integral relacionado à saúde física e emocional de crianças e adolescentes refugiados no Brasil e no restante do mundo.

## **Materiais e métodos**

Essa investigação foi desenvolvida por meio de uma revisão integrativa de literatura, configurada como uma abordagem metodológica que visa reunir, analisar e sintetizar, de forma ampla e sistemática, uma abrangente gama de estudos, usando exigência de padrões de rigor, clareza e replicação que são empregados também em estudos

primários. Além disso, compreende a divulgação de dados científicos produzidos por diversos autores e constitui-se como uma ampla abordagem metodológica alusiva às diferentes revisões de literatura (RAMALHO NETO *et al.*, 2016).

Para a condução desta pesquisa, foram seguidas etapas distintas, com base nos preceitos estabelecidos por Ganong (1987) como referência orientadora: elaboração das perguntas norteadoras; busca na literatura; coleta de dados; avaliação e análise crítica dos estudos selecionados; discussão dos resultados e apresentação da revisão integrativa.

Assim, foi elaborada a seguinte pergunta norteadora: como o cuidado integral pode atender às necessidades de saúde física e mental de crianças refugiadas em contextos de vulnerabilidade?

Com o objetivo de apresentar o panorama atual das pesquisas sobre o tema em questão e de responder à pergunta central, foi realizada, durante os meses de agosto e setembro de 2022, uma busca em bases de dados nacionais e internacionais, incluindo a Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Public Medical (PUBMED) e Web of Science (WoS).

Para a coleta de dados, foi elaborado um instrumento estruturado, confeccionado com base nas informações de Ursi (2005), contemplando os seguintes itens coletados das publicações selecionadas: identificação da publicação, identificação da instituição sede do estudo, objetivos, características metodológicas, resultados, conclusão e limitações/vieses do estudo.

Ainda, foram utilizados os seguintes Descritores em Ciências da Saúde/Medical Subject Headings (DECS/MeSH): 1. Refugiados; 2. Crianças; 3. Migrantes; 4. Emigração e imigração e 5. Saúde. A busca foi realizada agrupando os descritores 1, 3 e 4 em pares com o descritor crianças; o descritor Saúde em trio com Crianças e um dos outros descritores (1, 3 e 4) e o descritor refugiados unitariamente.

Os critérios de inclusão para seleção foram: estudos que abordassem a temática relacionada ao contexto de saúde e cuidado integral das crianças refugiadas no mundo e no Brasil; texto completo, dos últimos 10 anos (2012-2022); publicação em inglês, espanhol, francês ou português.

Foram excluídos conteúdos provenientes de páginas da web, Artigos de Revisão, documentos governamentais, anúncios publicitários, comentários, editoriais, cartas ao editor, estudos de revisões e artigos que abordavam assuntos ou temas não relacionados ao objeto deste estudo.

A partir dos descritores indicados e considerados os critérios de inclusão, foram encontradas, inicialmente, 5.780 produções com texto na íntegra. Após a leitura e análise dos títulos e resumos, além da exclusão das duplicatas foram selecionados 360, ao final, para análise. A partir disso, foi realizada uma avaliação crítica dessas publicações, selecionando finalmente 77 artigos, que foram lidos na íntegra e compuseram o quadro sinóptico para descrição e análise posterior.

Por se tratar de um estudo de caráter documental, no qual não há envolvimento de seres humanos, não houve necessidade de submeter este estudo para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa, como preconiza a Resolução no 466/12 do Conselho Nacional de Pesquisa.

## **Resultados e discussão**

Com a finalização de todos o percurso metodológico, foi realizada uma análise detalhada do “corpus” composto por 77 artigos, permitindo a identificação e destaque dos temas mais frequentemente abordados: acesso à saúde; práticas alimentares e estado nutricional de crianças – incluindo variáveis antropométricas-; fatores associados a comorbidades, como etiologia, aspectos sociodemográficos e clínicos; cuidados e questões relacionadas à saúde bucal; dados sobre

imunização; experiências traumáticas e questões de saúde mental; e avaliação clínica e laboratorial em diferentes contextos.

Entre os estudos selecionados, predominaram o delineamento de estudo transversal (47), seguido por estudos de coorte (7), estudos longitudinais (4), além de outros estudos em menor quantidade como relatos de caso, métodos mistos explicativos, qualitativos exploratórios, estudo piloto, estudo de viabilidade, caso-controle, análise de casos documentados (19).

A distribuição temporal das publicações variou entre os anos de 2013 a 2022, com a maioria sendo publicados entre 2016 e 2020. Ainda, os estudos incluídos nesta revisão foram publicados em diversos países, incluindo o Brasil (1), refletindo a diversidade geográfica e o alcance global das questões relacionadas à saúde refugiadas. Em sua maioria foram publicadas por periódicos da Inglaterra (28), seguido pelos Estados Unidos (18), Suíça (10), Alemanha (8), além de outros países de forma mais pontual como Arábia Saudita, Austrália, Canadá, Egito, Escócia, Índia, Nova Zelândia e Uganda.

Os participantes dos estudos revisados variaram consideravelmente, com destaque para crianças e adolescentes refugiados e imigrantes, com idades que variam de 0 a 18 anos, além de familiares e cuidadores. Em muitos estudos, as populações envolveram crianças em campos de refugiados ou recém-chegadas a países de acolhimento, como Estados Unidos, Canadá, Jordânia e outros. Os participantes eram frequentemente de diferentes nacionalidades, como sírios, africanos, tibetanos e norte-coreanos, refletindo a diversidade dos contextos de migração e deslocamento.

Nos estudos encontrados e selecionados nas bases de dados para esta pesquisa, percebe-se que, sobre o contexto de saúde das crianças em busca de proteção e refúgio em outro país, é crucial reconhecer que elas pertencem a um grupo particularmente vulnerável durante o processo migratório. Diversos fatores que podem impactar o estado de saúde desses pequenos indivíduos foram trazidos de forma relevante nas publicações, como o histórico médico anterior

à migração, as condições enfrentadas durante a jornada e a situação de acolhimento no país de destino (GMÜNDER *et al.*, 2020; ISSOP, 2018; WILLIAMS *et al.*, 2016).

## **O cuidado integral na saúde física das crianças refugiadas**

Essas condições podem resultar em questões como desnutrição, doenças infecciosas, alterações na saúde bucal, déficit de imunização e questões relacionadas à saúde mental, especialmente quando essas crianças foram expostas a situações de exploração, violência, conflitos armados, separação de familiares e experiências traumáticas. Tais fatores foram apontados nos estudos analisados para esta revisão, evidenciando a complexidade dos desafios enfrentados por esse grupo vulnerável (GMÜNDER *et al.*, 2020; ISSOP, 2018; WILLIAMS *et al.*, 2016).

Nesse contexto, a ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS) orienta e incentiva a adaptação dos sistemas de saúde locais dos países que recebem essa população, com a finalidade de atender às suas necessidades e problemas de saúde. Ainda, destaca a importância de incluir a saúde desses indivíduos em programas de saúde pública, ressaltando a necessidade de implementar medidas para garantir o acesso a cuidados adequados para esses grupos vulneráveis. Tais orientações visam assegurar que, além do cuidado físico, sejam considerados também os aspectos emocionais e psicossociais, abordando o cuidado integral para promover um desenvolvimento saudável desses indivíduos (WHO, 2022; GMÜNDER *et al.*, 2020).

Entre as maiores preocupações em relação à saúde das crianças refugiadas, observadas nos estudos analisados, destaca-se a desnutrição. Geralmente, esse problema ocorre, pois essa população pode sofrer com a escassez de alimentos nutritivos em muitas regiões afetadas por conflitos e deslocamento forçado, expondo essas crianças, muitas vezes, a situações de fome extrema. Tal acometimento

pode acarretar sérias consequências a longo prazo na saúde, como problemas no desenvolvimento físico, mental e cognitivo, além de enfraquecer o sistema imunológico, o que pode tornar as crianças mais suscetíveis a doenças infecciosas, agravando ainda mais sua condição de vulnerabilidade (UNHCR, 2022a; UNHCR, 2022b; GMÜNDER *et al.*, 2020).

Para o enfrentamento dessas questões nutricionais na população refugiada infantil de forma efetiva, o cuidado integral torna-se essencial, não se limitando à melhoria das condições de alimentação, mediante a promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis, como também a busca em assistir as diversas necessidades da criança, abrangendo a saúde física, emocional e acolhimento social. A integralidade também reforça a importância de criar um ambiente seguro e inclusivo, que possibilite a promoção de uma recuperação abrangente no âmbito nutricional, visando à melhoria sustentável da saúde e ao bem-estar dessas crianças em situação de refúgio (KAC *et al.*, 2023; BRASIL, 2013; FERNANDES; FERNANDES; BARBOSA; 2019).

Outra situação de saúde abordada nos estudos foram as doenças transmissíveis, as quais representam uma das principais ameaças às crianças refugiadas, sendo responsáveis por um número elevado de mortes, superando, muitas vezes, até mesmo a violência. Essa situação está relacionada à vulnerabilidade em que essa população se encontra durante o processo migratório, ficando exposta a circunstâncias como sistemas de saúde enfraquecidos, más condições de água e saneamento, taxas de vacinação insuficientes, diagnósticos tardios ou não realizados e condições adversas de superlotação nos locais de acolhimento. Esses fatores tornam essas crianças ainda mais suscetíveis a doenças evitáveis e agravam sua situação de saúde (ACNUR, 2023; IAM *et al.*, 2016; STOLK; KAPLAN; SZWARC, 2017).

Ainda, é importante destacar que muitas dessas crianças em situação de refúgio chegam ao país de acolhimento já em uma condição de imunização comprometida, devido a vários fatores vivenciados no país de origem, como escassez de vacinas, cobertura de imunização

insuficiente, ou até mesmo interrupções no esquema vacinal de rotina devido ao processo migratório em si, bem como nos países para onde migram. Assim, associado a essa conjuntura, esse grupo acaba correndo um maior risco de adquirir doenças evitáveis por vacinação, incluindo sarampo, poliomielite, tuberculose, hepatite viral, difteria, ou adquiri-las em seu país de origem, durante o processo migratório ou já no país de destino (ACNUR, 2023; CHARANIA *et al.*, 2018; VASQUEZ-DE KARTZOW; CASTILLO-DURAN; LERA, 2015).

Os estudos também destacam que, mesmo após a sua chegada ao país de acolhimento, muitas dessas crianças podem enfrentar obstáculos para acessar as doses de vacinas necessárias, muitas vezes devido a diferenças socioculturais, dificuldades de acesso aos serviços de saúde, problemas financeiros, habilidades limitadas no idioma local e falta de informações em saúde. Essas questões dificultam a integração plena dessas crianças no sistema de saúde local e aumentam a vulnerabilidade a doenças evitáveis, o que reforça a necessidade de estratégias de inclusão e de acesso universal aos cuidados de saúde (CHARANIA *et al.*, 2018; LAM *et al.*, 2015).

Neste contexto, o cuidado integral é necessário para uma ampla assistência a essas crianças, relacionado às doenças transmissíveis e a imunização, considerando uma abordagem ampla de saúde indo além do tratamento, abrangendo as condições de vida, o acesso a água potável, o saneamento básico, a imunização e o apoio psicossocial. Assistir a essas crianças de maneira integral envolve desde a prevenção e diagnóstico precoce, até o acompanhamento contínuo, considerando todos os diversos fatores que impactam a saúde dessas crianças refugiadas. Ainda, é preciso que estratégias de imunização sejam adaptadas para superar essas barreiras, promovendo o acesso equitativo e eficiente à vacina e garantindo a proteção contra doenças evitáveis (VIANA, 2022; BRASIL, 2013; CHARANIA *et al.*, 2018).

## O cuidado integral na saúde mental e emocional das crianças refugiadas

Ainda, evidenciado nas pesquisas, fica claro que as crianças refugiadas muitas vezes estão expostas a ocasiões de impacto em sua saúde mental, devido às adversidades vividas, o que torna essa questão, atualmente, uma prioridade crescente na assistência a essa população, que deveria ter cada vez mais implementadas políticas públicas adequadas para garantir o bem-estar delas (WILLIANS *et al.*, 2016; BEZERRA; BORGES; CUNHA, 2019; BEZERRA, 2016).

A experiência de refúgio pode ter um impacto profundo na mente das crianças, alterando suas emoções, pensamentos e comportamentos de maneira repentina. Muitas enfrentam situações traumáticas, como perdas, angústias e violência, que podem deixar marcas no corpo e na mente. Por isso, é essencial que a saúde mental seja considerada uma prioridade na assistência às crianças refugiadas e que sejam implementadas políticas públicas adequadas para promover seu bem-estar, proporcionando o apoio necessário para a superação dos traumas vivenciados (PIZZINATO; CASTELLA SARRIERA, 2009; BEZERRA; BORGES; CUNHA, 2019; BEZERRA, 2016).

Torna-se relevante observar que muitas crianças refugiadas e suas famílias frequentemente não recorrem aos serviços convencionais de saúde mental devido a uma série de fatores, incluindo estigma social, limitações financeiras, receio de faltar à escola, barreiras linguísticas e a percepção de que a saúde mental e o desenvolvimento não são prioridades em relação a outras questões de saúde física (MACE *et al.*, 2014).

Desta forma, é imprescindível que a assistência em saúde mental para crianças e adolescentes refugiados possua uma abordagem integral, sensível e especializada, assim como uma compreensão das singularidades dessa população. Ainda, é crucial que tenha espaço para que sejam capazes de expressar livremente seus sentimentos e ideias, e que suas opiniões sejam levadas em consideração durante todo o

processo, evitando seu silenciamento e garantindo que seus relatos sejam considerados verídicos. Para isso, é fundamental o uso de uma linguagem adequada de acordo com a idade, gênero, identidade cultural e sexual da criança, garantindo sua segurança, igualdade e proteção (TRAUB, 2018; OIM, 2021).

Vale ressaltar ainda que todas as pessoas refugiadas em território brasileiro, sem considerar sua situação atual, nacionalidade e cultura, têm direito a receber acolhimento, acesso e atendimento de qualidade ao entrar no país, independentemente do serviço público de saúde que forem utilizar. Isso está garantido pela Constituição Federal de 1988, que estabelece que “os brasileiros e os estrangeiros residentes no Brasil terão tratamento igualitário, e lhes serão assegurados todos os direitos que a própria Constituição proclama” (SALES, 2022; TANNURI, 2010; BRASIL, 1988).

## **Conclusão**

Com a produção dessa revisão, ficou evidente que a promoção de um cuidado integral em saúde para crianças refugiadas é essencial para enfrentar os desafios complexos que afetam essa população vulnerável. Para tal, exige-se a integração de ações que abranjam desde a prevenção de doenças transmissíveis e a imunização, até o cuidado com a saúde mental e o bem-estar emocional dessas crianças. Essa abordagem holística busca não apenas tratar as condições de saúde já existentes, mas também atuar de forma preventiva, criando redes de apoio e ambientes inclusivos que favoreçam o crescimento saudável e a adaptação ao novo contexto de vida. Além disso, políticas públicas eficazes devem priorizar a superação de barreiras, como o estigma social, as dificuldades linguísticas e as limitações financeiras, garantindo que essas crianças e suas famílias tenham acesso pleno aos serviços de saúde. Somente um sistema de saúde sensível e integrado possibilitará a promoção de um pleno desenvolvimento físico,

emocional e social dessas crianças, restaurando sua dignidade e assegurando seu direito fundamental à saúde.

## Referências

- ALTO COMISSARIADO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA REFUGIADOS (ACNUR). Educação. **Educação**. Brasília – DF: ACNUR, 2023. Disponível em: <https://www.acnur.org/portugues/temas-especificos/educacao/>. Acesso em: 10 fev. 2023.
- ASSUMPTÃO, A. M.; COELHO, J. P. R. T. Crianças migrantes e o direito à educação: leituras e conversas com equatorianos na atuação voluntária do grupo DIASPOTICS. **REMHU: Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana** [online], Brasília – DF, v. 28, n. 60, p. 167-185, Dez, 2020.
- BEZERRA, C. B. **Distantes do berço: impactos psicológicos da imigração na infância**. 2016. 158 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis – SC, 2016.
- BEZERRA, C. B.; BORGES, L. M.; CUNHA, M. P. Filhos das fronteiras: revisão de literatura sobre imigração involuntária, infância e saúde mental. **CES Psicol**, Medellín, v. 12, n. 2, p. 26-40, Ago. 2019.
- BRASIL. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança – Orientações para implementação**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <https://central3.to.gov.br/arquivo/494643/>. Acesso em: 17 nov. 2024.
- BRASIL. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: [http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_alimentacao\\_nutricao.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_alimentacao_nutricao.pdf). Acesso em: 17 nov. 2024.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília-DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. Disponível em:

- [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 17 nov. 2022.
- CANTINHO, I. Crianças-Migrantes no Brasil: vozes silenciadas e sujeitos desprotegidos. **O Social em Questão** [online]. 2018, Rio de Janeiro – RJ, v. 21, n 41, p. 155-176, maio-ago, 2018.
- CHARANIA, N. A.; PAYNTER, J.; LEE, A. C.; WATSON, D. G.; TURNER, N. M. Exploring immunisation inequities among migrant and refugee children in New Zealand. **Hum Vaccin Immunother.** v. 14, n. 12, p. 3026–3033, 2018.
- DE ANDRADE, A. M.; MONT'ALVERNE, T. C. F. Crianças refugiadas na Corte Europeia de Direitos Humanos. **Tensões Mundiais**, [S. l.], v. 18, n. 36, p. 183–206, 2022.
- FERNANDES, H. M. A.; FERNANDES, D. C. A.; BARBOSA, E. da S. Condição humana e cuidado integral: uma perspectiva da nutrição comportamental no âmbito da integralidade. **Revista Red-Foco**, Natal – RN, v. 6, n. 1, p. 19-26, Dez, 2019.
- GANONG, L. H. Integrative reviews of nursing research. **Research in nursing & health**, v. 10, n. 1, p. 1-11, fev. 1987.
- GMÜNDER, M.; BRANDENBERGER, J.; BUSER, S.; POHL, C.; RITZ, N. Reasons for admission in asylum-seeking and non-asylum-seeking patients in a paediatric tertiary care centre. **Swiss Med Wkly.** v. 150, n. 2122, 2020.
- ISSOP Migration Working Group. ISSOP position statement on migrant child health. **Child Care Health Dev.** v. 44, n. 1, p. 161-170, jan. 2018.
- JUNGER, G.; CAVALCANTI, L.; OLIVEIRA, T. de; SILVA, B. G. **Refúgio em Números**. Série Migrações. Brasília, DF: OBMi-gra, 2024. Disponível em: <https://portaldeimigracao.mj.gov.br/pt/dados/relatorios-a>. Acesso em: 27 nov. 2024.
- KAC, G. *et al.* Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil: evidências para políticas em alimentação e nutrição. **Cadernos de Saúde Pública**. 2023; 39 (Supl. 2): e00108923.

- LAM, E.; DIAZ, M.; MAINA, A. G.; BRENNAN, M. Displaced populations due to humanitarian emergencies and its impact on global eradication and elimination of vaccine-preventable diseases. **Confl Health**. V. 10, n. 27, 2016.
- MACE, A. O.; MULHERON, S.; JONES, C.; CHERIAN, S. Educational, developmental and psychological outcomes of resettled refugee children in Western Australia: a review of School of Special Educational Needs: Medical and Mental Health input. **J Paediatr Child Health**, v. 50, n. 12, p. 985-92, jun. 2014.
- OLIVEIRA, G. M.; SILVA, J. I. Quando barreiras linguísticas geram violação de direitos humanos: que políticas linguísticas o Estado brasileiro tem adotado para garantir o acesso dos imigrantes a serviços públicos básicos?. **Gragoatá**, v. 22, n. 42, p. 131-153, 13 jul. 2017.
- ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL PARA AS MIGRAÇÕES (OIM). **Assistência em saúde mental e atenção psicossocial à população migrante e refugiada no Brasil**: a rede de apoio da sociedade civil. Brasília-DF, 2021. Disponível em: [https://www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/noticias/ministerio-da-justica-e-seguranca-publica-lanca-mapeamento-sobre-assistencia-em-saude-mental-de-migrantes-e-refugiados-no-brasil/aesm\\_final\\_online.pdf](https://www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/noticias/ministerio-da-justica-e-seguranca-publica-lanca-mapeamento-sobre-assistencia-em-saude-mental-de-migrantes-e-refugiados-no-brasil/aesm_final_online.pdf). Acesso em: 05 abr. 2023.
- RAMALHO NETO, J. M. *et al.* Análise de teorias de enfermagem de Meleis: revisão integrativa. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 69, n. 1, p. 174-181, fev. 2016.
- SALES, G. de S. Migração, saúde e assistência social: o atendimento dos profissionais do Sistema Único de Saúde no Brasil aos refugiados. **Revista Latino-Americana de Estudos Científicos (RELAEC)**. v. 03, n. 15, mai-jun. 2022, p. 1-20.
- STOLK, Y.; KAPLAN, I.; SZWARC, J. Review of the strengths and difficulties questionnaire translated into languages spoken by children and adolescents of refugee background. **Int J Methods Psychiatr Res**. v. 26, n. 4, dez. 2017.

- TANNURI, M. R. P. **Refugiados congolese**s no Rio de Janeiro e Dinâmicas de “**integração local**”: das ações institucionais e políticas públicas aos recursos relacionais das redes sociais. 2010. 790 f. Tese (Doutorado em Planejamento Urbano e Regional) – Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano e Regional, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro-RJ, 2010. Disponível em: <http://objdig.ufrj.br/42/teses/758240.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2023.
- THE UN REFUGEE AGENCY (UNHCR). **2021 Annual Public Health Global review**. 2021 Annual Public Health Global review. Public Health, Sexual and Reproductive Health, Mental Health and Nutrition. Copenhagen, 2022b. Disponível em: <https://www.unhcr.org/media/40241>. Acesso em: 27 nov. 2022.
- THE UN REFUGEE AGENCY (UNHCR). **Global Trends Forced Displacement in 2024**. Global Trends Forced Displacement in 2024. Copenhagen, 2024. Disponível em: <https://www.unhcr.org/global-trends-report-2023>. Acesso em: 15 jul. 2024.
- THE UN REFUGEE AGENCY (UNHCR). **Global Trends Forced Displacement in 2021**. Global Trends Forced Displacement in 2021. Copenhagen, 2022a. Disponível em: <https://www.unhcr.org/62a9d1494/global-trends-report-2021>. Acesso em: 27 nov. 2022.
- TRAUB, I. Reflexões iniciais sobre a situação das crianças refugiadas desacompanhadas ou separadas no Brasil. **Novo Jurista**, 2018. Disponível em: <https://novojurista.com/2018/07/22/reflexoes-iniciais-sobre-a-situacao-das-criancas-refugiadas-desacompanhadas-ou-separadas-no-brasil/>. Acesso em: 30 mar. 2023.
- URSI, E. S. **Prevenção de lesões de pele no perioperatório**: revisão integrativa de literatura. 2005. 130f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.
- VASQUEZ-DE KARTZOW, R.; CASTILLODURAN, C.; LERA M, L. Migraciones en países de América Latina: Características de

- la población pediátrica. **Rev. chil. pediatr.**, Santiago, v. 86, n. 5, p. 325-330, oct. 2015.
- VIANA, I. da S. **Hesitação vacinal de familiares de crianças durante a pandemia de COVID-19 no contexto do cuidado integral à saúde.** 2022. 105 f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde) – Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2022.
- WILLIAMS, B.; CASSAR, C.; SIGGERS, G.; TAYLOR, S. Medical and social issues of child refugees in Europe. **Arch Dis Child**, v. 101, n. 9, p. 839–42, 2016.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World report on the health of refugees and migrants.** Geneva, 2022. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240054486>. Acesso em: 12 jan. 2023.

# Cuidado em saúde de povos e comunidades tradicionais: confluência, conflitos e convergências do conhecimento

*Camila Lampier Lutzke • Lorryne Cesario Maria •  
Maria Helena Monteiro de Barros Miotto*

*Lutar pela igualdade sempre que as diferenças nos discriminem;  
lutar pelas diferenças sempre que a igualdade nos descaracterize.  
Boaventura de Souza*

Os povos e comunidades tradicionais do Brasil são grupos com organização própria, que culturalmente diferem da maior parte da sociedade. Incluem populações diversas, como andirobeiras, agroextrativistas, caatingueiros, caiçaras, castanheiras, catadores de mangaba, cerrado, ciganos, comunidades de fundo e fecho de pasto, extrativistas, faxinalenses, gezaieiros, jangadeiros, isqueiros, morroquianos, marisqueiros, pantaneiros, pescadores artesanais, pomeranos, povos indígenas,

povos quilombolas, povos de terreiro/matriz africana, quebradeiras de coco babaçu, retireiros, ribeirinhos, seringueiros, vazanteiros e verjeiros (BRASIL, 2021).

No Brasil, o início da luta dos Povos e Comunidades Tradicionais pode ser formalmente associado ao ano de 2004, com a instituição da *Comissão Nacional de Povos e Comunidades Tradicionais*. Nesse período, a Comissão estava vinculada ao Ministério do Meio Ambiente e articulada conjuntamente com o Ministério da Cultura, contando com a participação de órgãos do governo federal. A criação desta instância representou um marco institucional no processo de formulação de políticas públicas direcionadas a essas populações. Contudo, a mobilização dos Povos e Comunidades Tradicionais antecede esse evento e deve ser compreendida no contexto mais amplo das lutas dos movimentos sociais latino-americanos. Diversos movimentos e documentos internacionais contribuíram para a legitimação dessa luta como a declaração universal dos direitos humanos, a declaração dos direitos linguísticos, a declaração da diversidade cultural, e a Convenção da Proteção do Patrimônio Mundial, Cultural e Natural (THUM, 2017).

No cenário brasileiro, a visibilidade das mobilizações em torno dos direitos das comunidades tradicionais intensificou-se no período entre 2004 e 2005. Um marco significativo foi o *I Encontro Nacional de Comunidades Tradicionais: Pautas para Políticas Públicas*, realizado no estado de Goiás em 2005. O evento reuniu cerca de 80 participantes e teve como resultado a apresentação de demandas e propostas formuladas pela sociedade civil, desencadeando um processo de reorganização e fortalecimento da Comissão Nacional (THUM, 2017).

O conceito de Povos e *Comunidades Tradicionais* tem, de forma gradual, impactado as políticas públicas contemporâneas, emergindo como uma construção que resulta da interseção entre o meio acadêmico, os movimentos sociais e os próprios protagonistas dessas comunidades. Desde o final do século XX, as populações tradicionais passaram a ocupar espaço relevante nos debates sobre a diversidade de modos de vida e práticas socioculturais. Esse processo tem

sido marcado por múltiplas tentativas de definição do conceito, que refletem a pluralidade e a complexidade das formas de organização social, territorial e cultural desses grupos (THUM, 2017).

Essas coletividades possuem um patrimônio de saberes ancestrais, com potencial para, ao mesmo tempo, aprimorar e contestar os modelos normativos de cuidados em saúde. A atenção à saúde de povos e comunidades tradicionais brasileiras apresenta uma complexidade teórica e prática que requer convergência de diferentes epistemologias e valores. As oportunidades e tensões criadas na interseção de saberes ancestrais e ciência moderna necessitam de mediadores interculturais, e abordagens inovadoras e ações agregadoras para construção de políticas de saúde e práticas de cuidado inclusivas.

## **Saberes ancestrais e ciência: encontros e tensionamentos**

Desde tempos remotos, o ser humano tem buscado na natureza o conforto e a cura para suas aflições físicas e emocionais. Os saberes tradicionais são transmitidos de geração em geração pela oralidade. Embora muita atenção seja dada à extinção de espécies, a extinção dos saberes tradicionais também merece destaque, já que integra a biodiversidade (SANTOS; CARVALHO, 2018).

As populações tradicionais preservam práticas multigeracionais, como o uso de plantas medicinais, rituais de cura e interações simbólicas com a natureza. (GADELHA *et al.*, 2013). Essas práticas vão além do intuito terapêutico, contemplando dimensões espirituais, sociais e ecológicas, frequentemente incompreendidas ou invisibilizadas pelos modelos biomédicos contemporâneos, que priorizam intervenções baseadas em evidências e protocolos padronizados.

O confronto entre essas racionalidades distintas manifesta-se em vários níveis. Os saberes ancestrais frequentemente enfrentam desvalorização institucional, sendo categorizados como “não científicos”

(SANTOS; CARVALHO, 2018). O modelo tradicional de atenção à saúde, primariamente curativo e individualista, centrado na figura do médico, pode por outro lado ser percebido como descontextualizado ou etnocêntrico por essas pessoas, gerando resistência ou desconfiança. A superação desses conflitos requer um espaço de negociação epistemológica, em que a complementaridade seja reconhecida e operacionalizada no cuidado em saúde.

A complexidade dessa discussão é ampliada quando se considera o peso atribuído aos saberes tradicionais, em oposição aos saberes científicos institucionais. A inclusão dessas práticas ancestrais de cuidado nos serviços de saúde requer o reconhecimento de seu valor intrínseco, não apenas enquanto práticas complementares, mas em um papel essencial para a saúde integral das populações (BRASIL, 2013). A inclusão efetiva das práticas ancestrais nos sistemas de saúde implica em reconhecer seu valor intrínseco, não apenas como complementares, mas como essenciais para a saúde integral das populações.

Exemplos como a adoção de fitoterápicos no Sistema Único de Saúde (SUS) evidenciam avanços nessa direção, mas apontam também para os desafios na regulamentação e certificação desses saberes sem desvirtuar sua essência (BRASIL, 2006). Entretanto, iniciativas como estas são frequentemente percebidas como insuficientes, principalmente quando não há engajamento direto das comunidades na formulação das políticas (BRASIL, 2023).

A inclusão da antropologia cultural no cuidado à saúde tem sido amplamente debatida. A antropologia cultural constitui uma disciplina que estuda os seres humanos enquanto agentes culturais e criadores de cultura, busca compreender as culturas humanas em suas dimensões temporais e espaciais. No entanto, para que esse tipo de abordagem seja efetivamente incorporado aos programas de saúde, torna-se imprescindível superar a relação unívoca e autoritária frequentemente observada nesses contextos, na qual a população é tratada apenas como agente passivo, receptor de serviços, sem espaço para expressar suas expectativas ou desejos próprios. Nesse sentido, é

essencial incluir elementos de natureza cultural que influenciam diretamente os comportamentos relacionados à saúde (SILVA *et al.*, 2010).

É fundamental considerar os estilos de vida e as formas de viver das populações para as quais as ações de saúde são direcionadas. No âmbito da cultura popular, os conhecimentos, valores, crenças e práticas dessas populações estão intrinsecamente relacionados a fatores biológicos, econômicos e sociais, que, por sua vez, moldam as percepções e atitudes diante da saúde. O aprofundamento do conhecimento sobre os fatores humanos que influenciam essas populações pode oferecer uma contribuição significativa para o sucesso das ações públicas implementadas, promovendo intervenções mais eficazes e culturalmente sensíveis (UNFER; ORLANDO, 2000).

Além disso, é importante considerar que as práticas ancestrais são dinâmicas, adaptativas, e sujeitas às subjetividades daqueles que as perpetuam. Dessa forma, se acomodam às mudanças econômicas, ambientais e sociais, reforçando a importância de abordagens que permitam flexibilidade e reconfiguração. Ao invés de alocar essas práticas em categorias científicas predefinidas e imutáveis, é essencial construir modelos adaptáveis de trocas e diálogos, que respeitem a singularidade, legitimidade e mutabilidade dos hábitos e processos de povos e comunidades tradicionais.

## **Ciência e conhecimento nas comunidades tradicionais**

A pesquisa em saúde envolvendo povos e comunidades tradicionais abarca questões éticas e metodológicas que devem ser consideradas em sua execução. O respeito ao consentimento livre, prévio e informado é essencial, assim como a garantia de que os dados coletados sejam revertidos em benefícios concretos para as comunidades, como deve ser a rotina em qualquer estudo envolvendo seres humanos.

Adverte-se que deve ser considerada a necessidade de tradução do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) para línguas indígenas e pomerana, por exemplo, quando se aborda esses povos, e de forma geral, que seja compreensível, inclusive adotando expressões próprias de cada povo para se referir a objetos, práticas, corpos ou demais temas importantes para a pesquisa. A tradução de informações médicas deve ir além da literalidade, incorporando narrativas que ressoem com os modos de vida e visão de mundo dessas populações. Este princípio encontra respaldo em documentos normativos como a Declaração de Helsinque (WMA, 2013) e na legislação brasileira, especificamente na Resolução CNS nº 466/12, que regula a pesquisa ética com seres humanos (BRASIL, 2012). Estudos que ignoram essas premissas perpetuam formas de exploração e invisibilidade.

Convém observar que há um volume considerável de publicações envolvendo essas populações. Entretanto, pouco se vê pessoas dessas comunidades em eventos científicos, publicações, lançamentos. Ressalta-se a importância da oralidade para esses povos, no que diz respeito à transmissão de conhecimento. Assim, deve-se propor novas formas de apresentação de resultados, de divulgação científica e de compartilhamento de dados, que considerem essas especificidades e alcem pessoas dessa comunidade a posições mais evidentes do que apenas participantes passivos das pesquisas.

Além disso, há uma insuficiência nas metodologias convencionais em considerar a complexidade das práticas e concepções de saúde desses grupos. Métodos que incluem a participação, colaboração e envolvimento das comunidades na concepção, execução e análise das pesquisas tornam-se ferramentas poderosas para a geração de conhecimento rigoroso e respeitoso, e condizente com a realidade. Nesse contexto, os diálogos entre ciência e saberes tradicionais atuam não apenas do ponto de vista ético, mas também da validade e fidelidade das pesquisas.

As análises clássicas de dados podem não ser igualmente aplicáveis. Em estudos quantitativos, é comum que trabalhos sejam

rejeitados para publicação devido ao número reduzido de sujeitos. Contudo, é fundamental levar em conta o tamanho dessas comunidades, que frequentemente não permite a formação de grandes amostras. Em estudos qualitativos, a análise de dados deve considerar o contexto específico da população estudada. Métodos e referências baseados em perspectivas europeias ou norte-americanas, por exemplo, podem não refletir adequadamente as vivências dessas comunidades. Relações com território, ancestralidade, oralidade, cultura, biodiversidade e laços comunitários, que são peculiares a esses grupos, precisam ser incorporadas à interpretação dos dados.

## **Desafios ao cuidado em saúde entre povos e comunidades tradicionais do Brasil**

Entre os desafios enfrentados por povos e comunidades tradicionais, com impacto significativo na saúde, três se destacam por serem comuns a vários grupos. O mais impactante é a expropriação e intrusão de seus territórios, ponto sensível para essas comunidades, e que afeta diretamente os demais enfrentamentos. A expropriação de seus propriedade intelectual e tecnologias no campo dos medicamentos e conhecimento da biodiversidade também é fator a ser considerado. Finalmente, políticas sociais e de saúde inadequadas normalmente ignoram suas culturas, costumes e tradições, agravando a situação (BRASIL, 2018).

As características de seus territórios – áreas rurais, comunidades indígenas, quilombolas, calhas de rios, assentamentos, dentre outros – trazem desafios como barreiras geográficas, grau de urbanização, grandes distâncias a serem percorridas, infraestrutura (estado das vias de acesso, por terra ou por água), barreiras naturais (áreas sujeitas a inundações ou secas), entre outros (BRASIL, 2018).

Tais particularidades podem trazer dificuldades para o cuidado, como falta de profissionais e/ou grande rotatividade no serviço,

invisibilidade de famílias e moradores, falta de disponibilidade de dados, falta de estrutura para atendimento adequado, indisponibilidade de insumos.

A conformação territorial e alocação dessas comunidades pode ainda levar ao adoecimento, sendo prevalentes as doenças respiratórias, diarreicas, intoxicação por agrotóxicos, acidentes com animais peçonhentos, câncer de pele (BRASIL, 2018).

No trabalho com povos e comunidades tradicionais, é importante a compreensão de sua conexão com o território. Essa relação vai além do espaço físico, sustentando práticas culturais, sociais e espirituais, as relações sociais e o sistema de crenças e conhecimento. Para essas comunidades, a terra não é propriedade privada, mas como sustentação do seu modo de vida. Ameaças ao território também são vistos como ameaça à sua existência e preservação (BRASIL, 2018).

Comunidades tradicionais ocupam territórios cobiçados por entidades como: narcotráfico, agronegócio, garimpo ilegal, madeireiras, grandes empresas. A resistência contra o poder econômico e de influência desses grupos muitas vezes leva ao extermínio dos povos tradicionais. Lidar com a contaminação do ambiente, que é tão caro a essas populações, muitas vezes inviabilizando suas atividades econômicas, a grilagem de terras, luta armada e ofensivas violentas, e um verdadeiro genocídio desses povos, especialmente indígenas e quilombolas.

A realidade do campo e da floresta no Brasil é marcada por um histórico de desigualdades econômicas, políticas e culturais, fundamentadas na concentração de terras, exploração de recursos naturais, escravidão, genocídio dos povos indígenas e marginalização de famílias e mulheres camponesas. Entretanto, remete também a movimentos populares de luta e resistência, como os Quilombos, Canudos, as Ligas Camponesas, e atualmente os movimentos sociais do campo e da floresta, que lutam contra modelos autoritários e opressores (BRASIL, 2013).

No que tange ao cenário ambiental atual, caracterizado por precariedade e incertezas, os povos e comunidades tradicionais configuram-se como expressões de resistência contra as tendências que buscam suprimir as diferenças, frequentemente associadas a práticas discriminatórias. Simultaneamente, exercem um papel essencial na reafirmação de suas características identitárias e culturais, sendo agentes fundamentais para a manutenção de suas práticas socioculturais e modos de vida.

Tais opressões resultam em altos índices de suicídio, alcoolismo, depressão, ansiedade, violências diversas, como familiar, sexual, patrimonial (BRASIL, 2018).

Essas comunidades transcendem o papel de resistência, posicionando-se como importantes instrumentos para a proteção e conservação do meio ambiente. Nesse contexto, as comunidades tradicionais também podem ser enquadradas como comunidades que vivenciam traços de vulnerabilidade ambiental, uma vez que estão expostas continuamente aos riscos associados às mudanças ambientais. Essa vulnerabilidade está diretamente relacionada ao uso do meio ambiente como base para a reprodução de suas culturas, perpetuação de seus saberes, práticas e modos de vida tradicionais (YOSHIDA; PENNA, 2021).

## **Acesso e estrutura dos serviços de saúde**

O município não deve ser o único critério considerado ao delimitar os territórios destinados à cobertura de serviços de saúde para as famílias de povos e comunidades tradicionais (BRASIL, 2018). Dessa forma, pensando na estrutura da Estratégia de Saúde da Família, a alocação de equipes e definição de áreas de atuação deve levar em consideração as relações territoriais da população atendida, para além dos limites convencionados.

## **Vulnerabilidade social**

Embora esses povos sejam considerados prioritários na assistência em saúde, deve-se atentar para não os rotular como “pobres” ou “vulneráveis”. É importante reconhecer que existem várias formas vida, culturas, cultos e tradições, com valores que não necessariamente estão alinhados aos da sociedade ocidental capitalista. O cenário de risco social e vulnerabilidade que alguns desses povos vivenciam são resultado de opressões históricas e sociopolíticas, como conflitos agrários, limitações para sustentar a vida material de acordo com seus costumes, confinamento em terras inférteis, falta de infraestrutura básica e discriminação étnico-cultural (BRASIL, 2018). São esses fatores, advindos de um sistema capitalista, patriarcal, baseado na ganância do capital e na neopolítica, que colocam as populações em situação de risco e vulnerabilidade.

Políticas com importante impacto na saúde dos indivíduos como renda e proteção social, saneamento básico, educação, segurança alimentar, habitação, apoio social e inclusão.

## **Proposta de um modelo de cuidado integrado**

O principal desafio no desenvolvimento de modelo de cuidado que atenda de forma satisfatória os povos e comunidades tradicionais é desenvolver uma prática universal que contemple a pluralidade étnica do território brasileiro, admitindo a diversidade de públicos e regiões. Nesse sentido, é fundamental visibilizar as especificidades culturais dos diferentes povos e comunidades tradicionais, garantindo um atendimento culturalmente adequado (BRASIL, 2018).

O cuidado para povos e comunidades tradicionais deve ser centrado na autonomia, independência, protagonismo, na longitudinalidade e no respeito à identidade étnica (BRASIL, 2018; BRASIL, 2022). Deve haver um diálogo intercultural, com práticas, diálogos e atuação

que converse com a diversa cultura dessas populações, considerando-as na formulação das políticas e práticas de cuidado, e ainda uma gestão compartilhada com participação ativa da população e construção horizontal, com representatividade dos povos nos cargos de elaboração e gerência de processos.

É importante prevenir situações de risco social e vulnerabilidade, incentivando o desenvolvimento de habilidades, a aquisição de conhecimentos e o fortalecimento dos laços familiares e comunitários (BRASIL, 2022). O cuidado deve ultrapassar a noção de família e centrar-se na coletividade, e deve orientar-se pela observação cuidadosa da realidade local e do território (BRASIL, 2018).

Assim, deve-se observar suas principais características socio-culturais, como o estilo de vida, a organização social e política, suas tradições e expressões culturais. Deve-se compreender as formas predominantes de sustento e economia, suas visões de mundo, os vínculos de confiança e solidariedade, o conceito de família e as relações familiares, bem como as redes de parentesco e os valores éticos e morais que os orientam (BRASIL, 2018).

O Guia de diretrizes para atenção integral à saúde das populações do campo, floresta e águas (CFA) e povos e comunidades tradicionais (PCT) recomenda que se reconheça, valorize e promova a saúde integral dessas populações, considerando os saberes e as práticas tradicionais de saúde, respeitando as suas especificidades (BRASIL, 2022). Orienta ainda a necessidade de “assentir, valorizar e respeitar a diversidade socioambiental e cultural das populações, respeitando os recortes de etnia, raça, gênero, idade, religiosidade, ancestralidade, orientação sexual e atividade laborais, entre outros”.

O informativo de Atendimento a Povos e Comunidades Tradicionais na Proteção Social Básica traz alguns princípios quem podem ajudar a nortear o cuidado:

1. Respeitar a consciência de sua identidade étnica; o direito à identidade étnica e pertencimento cultural, linguístico e

territorial; 2. Planejamento e execução de ações com a participação dos povos e comunidades tradicionais; 3. Não empregar nenhuma forma de força ou de coerção que viole os direitos humanos e as liberdades fundamentais dos povos interessados; 4. Reconhecer e proteger os valores e práticas sociais, culturais, religiosos e espirituais próprios; 5. Respeitar a integridade dos valores, práticas e instituições desses povos; 6. Consultar os povos interessados, mediante procedimentos apropriados e, particularmente, através de suas instituições representativas, cada vez que sejam previstas medidas legislativas ou administrativas suscetíveis de afetá-los diretamente; 7. Assegurar o suporte necessário para que seus costumes sejam conservados; 8. Reconhecer o pertencimento e a relação desses povos com o território, os direitos de propriedade e de posse sobre as terras que tradicionalmente ocupam; 9. Garantir a participação voluntária de membros dos povos interessados em programas de formação profissional de aplicação geral, e também nas instâncias de Controle Social, como os Conselhos de Assistência Social; (BRASIL, 2018).

O fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) nos territórios de povos e comunidades tradicionais é essencial para garantir o acesso universal e oportuno aos cuidados de saúde, promovendo a equidade e a integralidade da atenção. Como principal porta de entrada do SUS, a APS desempenha um papel crucial ao conectar indivíduos e comunidades à rede de atenção, assumindo a responsabilidade sanitária nos territórios e considerando as especificidades culturais, sociais e ambientais dessas populações (BRASIL, 2017).

Através de práticas participativas e tecnologias de cuidado de acordo com as demandas locais, a APS busca diminuir iniquidades, fortalecer a autonomia e responder de forma ética e acolhedora às necessidades de saúde, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida desses grupos (BRASIL, 2022).

A vigilância em saúde também tem papel importante no planejamento e provimento de cuidado a essas populações. A inclusão do campo “povos e comunidades tradicionais” nos sistemas de informação do Ministério da Saúde qualifica os dados, permitindo ações mais direcionadas, como análise da situação de saúde, inquéritos epidemiológicos e monitoramento de acesso (BRASIL, 2021).

É importante identificar as demandas do território. Comunidades mais isoladas ou de difícil acesso podem se beneficiar com atendimento domiciliar, equipe volante e busca ativa.

No âmbito das políticas públicas, torna-se imperativo garantir que os saberes ancestrais sejam institucionalmente reconhecidos e valorizados, promovendo ações que sejam simultaneamente equitativas e culturalmente sensíveis. Isso inclui o fortalecimento de programas como a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCF), que busca articular as especificidades dessas populações aos princípios do SUS (BRASIL, 2013).

## **Conclusão**

Pensar no cuidado voltado a povos e comunidades tradicionais é um exercício de compreensão, acolhimento, articulação e respeito. Ancorado na autonomia, na horizontalidade das relações e na independência dessas populações, deve basear-se no entendimento de suas peculiaridades, na forma de compreender e ocupar o mundo, de se relacionar com o ambiente.

Para um cuidado efetivo, deve-se compreender que muitas vezes não será possível tratar apenas o indivíduo adoecido, mas sua família, sua comunidade, sua terra. Porque esses povos vibram em uníssono com o solo que cresce seu alimento, com a água que está ao redor, mas também dentro de cada um, com o ar que permite viver.

Cuidar de povos e comunidades tradicionais é um convite a novas (e tão antigas possibilidades), de reconexão com o ambiente, com o que há ao redor, mas também com o que se sente, o que se pensa. É ter consciência de si ao mesmo tempo que se abraça o coletivo, sabendo que sem o êxito do conjunto não existe bem-estar individual.

Tão desafiador, múltiplo e contrastante, tão inovador e instigante. O trabalho com essas comunidades traz na mesma medida possibilidades de evolução de espécie, de mundo, buscando na ancestralidade e nas tradições possíveis respostas para os desafios que a contemporaneidade criou.

## Referências

- BRASIL. **Decreto n. 5.813, de 22 de junho de 2006.** Aprova a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. **Diário Oficial da União:** seção 1, Brasília, DF, p. 1, 23 jun. 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação de impacto das políticas de saúde:** um guia para o SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012.** Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, **Diário Oficial da União**, 12 dez. 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta.** 1. ed., 1. reimp. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 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). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <https://bvsms.>

[saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](http://saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html). Acesso em: 23 dez. 2024.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Ações de assistência em saúde aos povos e comunidades tradicionais no contexto da pandemia**: Portaria GM/MS nº 894, de 11 de maio de 2021 [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Guia de diretrizes para a atenção integral à saúde das populações do campo, floresta e águas (CFA) e povos e comunidades tradicionais (PCTs)** [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.
- BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social (MDS). **Atendimento a povos e comunidades tradicionais na proteção social básica**. Secretaria Nacional de Assistência Social, 2018.
- GADELHA, C. S. *et al.* Estudo bibliográfico sobre o uso das plantas medicinais e fitoterápicos no Brasil. **Revista Verde de Agroecologia e Desenvolvimento Sustentável**, v. 8, n. 5, p. 208-212, dez. 2013. Edição Especial.
- SANTOS, M. G.; CARVALHO, A. C. B. Plantas medicinais: saberes tradicionais e o sistema de saúde. In: SANTOS, M. G.; QUINTERO, M. (org.). **Saberes tradicionais e locais**: reflexões etnobiológicas. Rio de Janeiro: EDUERJ, 2018. p. 191. ISBN 978-85-7511-485-8. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788575114858>. Acesso em: 16 dez. 2024.
- SILVA, R. H. A. *et al.* Análise das diferentes manifestações de cultura quanto aos cuidados em saúde bucal em moradores de região rural ribeirinha em Rondônia, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15(Supl. 1), p. 1475-1480, 2010.
- THUM, C. Povos e Comunidades Tradicionais: aspectos históricos, conceituais e estratégias de visibilidade. **REME-A – Revista Eletrônica do Mestrado em Educação Ambiental**, [S. l.], p. 162-179, 2017. DOI: 10.14295/remea.v0i0.6899. Disponível

em: <https://periodicos.furg.br/remea/article/view/6899>. Acesso em: 18 dez. 2024.

UNFER, B; ORLANDO, S. Avaliação do conhecimento popular e práticas cotidianas em saúde bucal. **Revista de Saúde Pública**, v. 34, n. 2, p. 190-5, 2000.

WMA – WORLD MEDICAL ASSOCIATION. **Declaração de Helsinque**: princípios éticos para pesquisa médica envolvendo seres humanos. [S. l.: s. n.], 2013. Disponível em: <https://www.wma.net/what-we-do/medical-ethics/declaration-of-helsinki/>. Acesso em: 17 dez. 2024.

YOSHIDA, C. Y. M.; PENNA, M. C. V. M. A importância das comunidades tradicionais para a proteção e preservação do meio ambiente e do patrimônio histórico-cultural. **Revista Direito UFMS**, v. 7, n. 1, p. 71-91, 2021.

# Não andamos só! Mulheres negras da comunidade nos abraçam e nos convidam a giras de cuidado e autocuidado com a saúde

*Heloisa Ivone da Silva de Carvalho • Maria Elizabeth Barros de Barros •  
Ariane Silva Carvalho*

## **Uma caminhada coletiva de redes de cuidados...**

Como garantir espaços/tempos para potencializar as experiências de mulheres negras, moradoras na periferia, dialogando com as inferências da saúde-cuidado e autocuidado? Como potencializar o movimento coletivo de redes de cuidados, com mulheres negras, buscando desconstruir o passado escravista, reparação epistêmica, histórica, territorial, de gênero, raça e sexualidade?

Nesse caminhar, essa escrita emerge de um movimento coletivo e subversivo de três corpos escreventes: uma professora e doutoranda preta em Educação; uma professora/orientadora branca

antirracista e doutora em Saúde Pública; e uma farmacêutica/negra/doutoranda em Saúde Coletiva. Somos defensoras do SUS, da promoção da equidade na Saúde!

Nosso principal objetivo foi investigar as tecnologias do cuidado e autocuidado presentes nas vidas de mulheres negras, que têm sido realizadas, e que não se tem conhecimentos por conta da estrutura racista que apaga essas trajetórias. A metodologia foi construída com elas, com redes de conversações no ano 2023, com cinco moradoras, residentes há mais de 40 anos em uma comunidade periférica da cidade de Vitória (ES), assumindo a escrevivência como possibilidade de narrar as experiências vividas e também pela necessidade de visibilizar e publicizar a escrita de mulheres negras para romper com o estereótipo propagado, em especial no ambiente acadêmico, que ainda olha para os corpos pretos femininos periféricos, desprovidos de intelectualidade.

Evaristo (2023) ressalta o significado para as mulheres pretas por trás da escrita. Nesse contexto, reconhecemos a escrevivência como um caminho metodológico afrocentrado, uma ferramenta de reparação afetiva e ativa com mulheres negras e/ou a partir de suas histórias de vidas, uma colcha de retalhos, laços de cooperação que existe no âmago que se depreende e que está em constante conexão com a dicção do feminismo negro.

Assim como Evaristo, nossas bisavós, avós, mães, filhas pretas, assim como nós, dispomos a escrever, rompendo com o lugar que normalmente nos é reservado, que a elite julga que só ela tem direito, saímos de objeto e telespectadoras para protagonistas, e aí cantamos, dançamos, cozinhamos, namoramos, transamos, trabalhamos, estudamos, mas também escrevemos, não apenas escritas de receitas de cozinhas, mas um exercício coletivo e ancestral de escrituras acadêmicas subversivas, transgressoras, inventivas e afrocentradas. A escrita não seria o modo de autocuidado da saúde e/ou de resistência?

Apostamos, assim como Nogueira (2019), apostamos na afroperspectividade como procedimento metodológico, um exercício

filosófico, em diálogo com outras áreas das ciências humanas baseado em sentidos de mundos africanos, afrobrasileiros e indígenas, de caráter biocêntrico que tem a raça, como conceito-chave. Consideramos a afroperspectiva como possibilidade de abordar os conhecimentos, uma maneira de se construir o conhecimento, uma possibilidade de se pensar a partir de um território epistêmico que não seja ocidental, mas dialogando com esses territórios.

Para garantir a autoria das escrituradas utilizamos pseudônimos de mulheres negras, líderes, escritoras, catadoras de materiais recicláveis, domésticas, advogadas, jornalistas, todas guerreiras contra o racismo. Reconhecê-las é um instrumento de repensar o quanto as escolas têm negado as crianças os conhecimentos científicos e saberes africanos. Os movimentos de escuta das mulheres negras pesquisadas trazem visibilidade das discussões, aprendizagens no ouvir, abrindo espaços para que possam participar e compartilhar suas experiências vividas e sua visão de mundo.

## **No território da pesquisa: mulheres pretas em movimento, indo na contramão...**

Os dados do município de Vitória nos provocam a reflexão sobre os discursos de suas memórias e histórias e que vem defrontando-se visceralmente com as mais graves manifestações da questão social. Donzelot (1986) propõe uma gênese do social, inicialmente é preciso conhecer esse campo a partir dos séculos XVIII e XIX. Para o referido autor o setor social não se confunde com o econômico, pois inventa toda uma economia social e recorta a distinção entre o rico e o pobre em novas bases. Nas últimas décadas, as políticas de segurança na cidade de Vitória têm concebido a prevenção à luz do paradigma da segurança cidadã, assim como nas demais cidades brasileiras, desenvolvido especialmente a partir do ano 2000, com a construção e implementação dos planos nacionais de segurança pública.

De acordo com o IPEA (2023) Vitória é a segunda capital da Região Sudeste com a maior taxa de assassinatos, perdendo apenas para o Rio de Janeiro, mas é preciso considerar que a taxa de homicídios caiu pela metade nos últimos 10 anos, a taxa é de 30,6 homicídios para cada 100 mil habitantes. Com o advento de políticas públicas pautadas pelo movimento negro capixaba, os fenômenos do crime, da violência, da desordem e do desrespeito aos direitos humanos foram tomados como resultantes de múltiplos determinantes e causas, compreendendo, dessa maneira, que não cabe apenas ao sistema de justiça criminal a responsabilidade para enfrentá-los. Para Souza (2024) há necessidade urgente de romper com a lógica perversa de “fazer coisa pobre para quem é pobre”, realizar um planejamento urbano de curto, médio e longo prazo.

Essa situação não significa, que as raças/etnias negras e brancas evoquem os mesmos sentidos nos diferentes contextos sociais e históricos das comunidades Joana D’ Arc, Santa Martha e Andorinhas, em que têm sido empregados para diferenciar os grupos sociais. Dentro de um mesmo bairro, percebemos pelas escrivências das moradoras, que há demarcadores socioeconômicos e processos de exclusão no âmbito dos micros contextos cotidianos, considerando diferentes realidades. Portanto, o direito à saúde também é atravessado por esses fenômenos sociais, raciais, econômicos, políticos, educacionais e culturais, adicionando novos elementos no repertório da/na cidade.

## **Chegamos aqui sem eira nem beira...**

A cidade de Vitória nos convida a fincar o pé na estrada, a ver nas mulheres negras, vidas pulsantes, múltiplos modos de cuidados de si, processos de resistências. São linhas históricas do Espírito Santo, formadas, passando pelas comunidades, até chegarmos no bairro de Andorinhas.

Com isso, ao iniciarmos a pesquisa no ano 2023, ocupamos os territórios da cidade de Vitória movida com outros olhares, aprendendo com as moradoras que as periferias da cidade de Vitória têm cores, que são apagadas, setorizadas, divididas entre as que interessam e as que precisam ficar fora dos cartões postais para não enfeiar ainda mais a cidade.

Qual o lugar das mulheres negras nos debates sobre políticas públicas para a cidade de Vitória? O que tem a ver o processo de escravização demarcado na história da construção das cidades com a realidade vivenciada pelas mulheres negras nas ruas, nas igrejas, nas famílias? Quais as relações podemos estabelecer entre o contexto histórico da cidade e os processos de acesso ou não acesso à saúde?

Ao dialogarmos com Souza (2024) ela nos remete a pensar o quanto Lélia Gonzalez tem grande contribuição ao problematizar a origem colonial que abrigava no início deste século, a escravização foi legalmente extinta no mundo ocidental, mas é preciso considerar suas marcas profundas na população negra que continuou sendo subjugada. É possível confirmarmos essa situação ao ouvirmos Dona<sup>3</sup> Carolina Maria de Jesus, uma mulher preta, crítica, que cuida dos netos.

**Dona Carolina Maria de Jesus:** [...] Morava nas Minas Gerais. Nós viemos de Valadares. Você conhece lá? Há 59 anos atrás lá tinha muita pobreza e viemos pra cá para buscar melhoria de vida, emprego. Vim de lá com 13 anos para trabalhar na casa de família

---

3 Historicamente o pronome de tratamento “Dona” foi concedido às senhoras de famílias nobres, sobretudo sinhás no Brasil Colônia e as mulheres brancas, pertencentes às famílias reais de Portugal e do Brasil. Hoje o termo “Dona” se mantém, nas relações sociais nas periferias, utilizado a quem se deseja demonstrar cortesia, deferência e respeito. Nesse contexto, ao utilizarmos nessa tese, expressamos uma atitude ético-política, possibilidade de proximidade e de incorporação mais profunda do termo, modo que optamos para referirmos as mulheres negras mais velhas, aguerridas, sábias, em movimentos ancestrais. E, como diria Evaristo, “palavras são sementes”.

aqui e estudar, mas não estudei só trabalhei, quando cheguei aqui em Vitória com minha patroa, logo conheci o João, fiz a besteira de engravidar, minha patroa não aceitou, me colocou pra fora. Tive que casar e desde então estou aqui neste bairro, naquela época só existia aquela parte ali (apontou para o Lava jato, perto da maré) na incosta que tem casa hoje, era tudo mangue, não tinha nenhuma moradia ainda [...]. (DIÁRIO DE CAMPO,<sup>4</sup> 2023).

Quando aos trabalhos efetivados pelas mulheres que foram trazidas de outros estados com promessas de estudos, mas só encontraram trabalho não remunerado, podemos refletir que há uma divisão que separa as “patroas brancas” das “empregadas domésticas negras”. O IPEA (2023) traz a consolidação do espaço industrial centralizado na aglomeração de Vitória, uma grande expansão e divisão social: de um lado, as camadas de maior poder aquisitivo espalhando-se em sentido paralelo à orla marítima (área do bairro nobre da Praia do Canto e adjacências), e por outro lado, o oposto. As camadas de nível médio e baixo estabelecidas na área da Vila Rubim e em direção ao bairro de Santo Antônio, e na região do bairro de Jucutuquara e adjacências, uma camada de trabalhadoras.

Nas proximidades do centro e em meio a esses pontos principais, surge uma população muito pobre e negra, desempregadas ou empregadas domésticas, aglomeradas em sítios de núcleos considerados não urbanos: as favelas. Essas divisões territoriais entre a

---

4 Nome fictício de uma moradora com 72 anos. Carolina Maria de Jesus, foi uma escritora, compositora, cantora e poetisa brasileira. Nasceu em 1914 e faleceu em 13 de fevereiro de 1977. A partir de sua escrita subversiva, se tornou um marco da escrita na Literatura Brasileira ao se posicionar como mulher negra, pobre e “favelada” na década de 1960 em seu clássico *Quarto de Despejo*. Carolina tornou a escrita uma forma de falar sobre si mesma, denunciando a condição marginal das “minorias” através do testemunho, do lirismo – marcas de sua criatividade literária.

população empobrecida e os mais ricos, aparecem na fala de dona Laudelina de Campos.

**Laudelina de Campos:** [...] A maioria do povo que mora daqui, em Vitória veio da Bahia e das Minas, chegaram aqui sem eira nem beira, achando que ia ter trabalho ou estudo, queriam melhorar de vida, trabalhei 10 anos lavando e passando as roupas de gente rica lá de camburi [...] mas não foi fácil não, eu e minha família tivemos muita dificuldade, hoje temos a nossa casa de tijolo de Lage, estudo no EJA, mas só a gente sabe o quanto teve que trabalhar para ter o que a gente tem, eu falo para minha filha e minhas netas, estudem, estudem bastante para ser doutor e ser respeitado. A gente que é pobre nem direito a fica doente a gente tem, se não fosse os chás e ervas que minha vó me ensinou minha família já estava debaixo da terra, médico só atendia a gente em época de eleição (DIÁRIO DE CAMPO, 2023<sup>5</sup>).

Nas escrituras com Carolina Maria de Jesus e Laudelina de Campos, percebemos o quanto o povo negro liberto nas províncias do ES, não teve acesso a políticas de reinserção, nem direito à terra, fazendo com que continuassem vivendo como subordinados, fruto de mão-de-obra para o seu senhor, por isso, não se precisavam apenas de mudanças técnicas para as condições de mercado assalariado pós-abolição, mudanças culturais para competir por trabalho e administrar seus ganhos. A ancestralidade se mantém viva através da

---

5 Nome fictício a uma moradora negra de 52 anos. Laudelina de Campos Melo nasceu em 1904 e morreu em 1991. Foi uma brasileira militante do Partido Comunista Brasileiro, defensora dos direitos das mulheres e das empregadas domésticas, fundadora do primeiro sindicato daquela ocupação no Brasil. Sua trajetória foi fundamental para a organização da categoria na busca de direitos, também levantou, através da sua atuação sindical, bandeiras contra o preconceito racial e contra a discriminação das mulheres.

utilização das ervas medicinais, superando algumas vezes ao acesso ao direito do atendimento às instituições públicas de saúde.

Para Oliveira (2021) o racismo é estrutural na determinação das condições de vida e saúde seja reconhecido, é importante reconhecer, também, a existência de codeterminantes, ou seja, outros fatores que atuam concomitantemente, aprofundando ou reduzindo seu impacto sobre pessoas e grupos.

Reconhecemos que, no cenário brasileiro, historicamente as mulheres negras ainda enfrentam inúmeras violências e vivenciam cotidianamente processos de desumanização, sendo forçadas a reprimir seus sentimentos e emoções como estratégias para sobreviverem. Não obstante, surge a necessidade de questionarmos e repensarmos como as afetividades são expressas e experienciadas dentro de nossas comunidades.

**Dona Mariana Crioula:** [...] A gente tinha que carregar muita lata de água na cabeça [...] as crianças caíam na maré... para levar algum doente tinha que levar em cima da pinguela [...] as dificuldades era porque vinha muita gente de fora que via que ia comprar barato um pedaço de terra e iam fazendo aquele barraco cada vez mior [...] Quando chega janeiro corro atrás da minha saúde, pois sei que em fevereiro preciso desfilar na minha Escola de Samba na Avenida (DIÁRIO DE CAMPO, 2023).

Ao conversarmos com Mariana Crioula, revivemos a importância das atividades carnavalescas e os sentidos que ela se expressa, potencializando a assistência e o autocuidado, de forma que problemas de saúde não interferissem nos festejos do carnaval. Estar na Escola de Samba de sua comunidade, principalmente no desfile de Carnaval, significava um momento de evidência individual e coletiva. Para Costa (2003) no carnaval, observa-se a conjugação de elementos contraditórios, em que as comunidades dos morros, das favelas, descem para desfilar no asfalto da Passarela do Samba, o Sambódromo, seus

protestos, sonhos, aspirações e esperanças, na folia, na alegria e no luxo de suas fantasias.

Já para Dona Antonieta de Barros:

“[...] Quando chegamos aqui em Vitória, aqui era puro barracos, foram se juntando [...] já participei de um projeto de economia solidária aqui em Vitória, o tema era “Valorizando o Lugar em que Vivemos” [...] Essa comunidade aqui é unida, nossas casas eram de madeira, os moradores se juntavam para um ajudar o outro construir sua casa, os primeiros moradores escolhiam seu terreno e depois fazia aterro (DIÁRIO DE CAMPO<sup>6</sup>, 2023).

Na roda de conversa com Antonieta de Barros, ela nos trouxe as histórias do Espírito Santo, a capitania não teve um desenvolvimento rápido, nem exitoso, fato também ocorrido em várias outras capitânicas. Uma das principais razões apontadas é a negação da importância dos povos indígenas à colonização portuguesa e a escassa disponibilidade financeira do donatário, Vasco Fernandes Coutinho. Almeida (2019) em seus estudos pontua que o Espírito Santo não possui um desenvolvimento contínuo e após a descoberta do ouro em Minas Gerais, teve ainda mais desafios para seu crescimento, uma vez que as fronteiras do estado foram fechadas para que o ouro e os diamantes descobertos e retirados das Minas Gerais não fossem contrabandeados pelo Espírito Santo.

---

6 Nome fictício da moradora de 73 anos, em homenagem a heroína negra Antonieta de Barros, nascida em 11 de julho de 1901 foi a primeira mulher a integrar a Assembleia Legislativa de Santa Catarina. Educadora e jornalista atuante, teve que romper muitas barreiras para conquistar espaços que, em seu tempo, eram inusitados para as mulheres – e mais ainda para uma mulher negra. Como educadora, fundou o Curso Antonieta de Barros, que dirigiu até a sua morte, em 1952, além de ter lecionado em outros três colégios.

A partir do diálogo com Almeida (2019) é possível afirmarmos que foi estabelecida uma espécie de “barreira verde”<sup>7</sup> e o desenvolvimento do território capixaba se dava a passos muito lentos. É necessário considerar que historiadoras e historiadores afirmam que a Capitania do Espírito Santo era uma das que mais fazia contrabando de escravizados, sendo quase impossível, nos dias atuais, apontar com o surgimento da população negra nas terras capixabas. Essa situação acarretou distanciamento das novas gerações de descendentes negros, crescessem sem ter direito de conhecer as histórias e memórias de suas ancestrais, muitas mulheres e homens pretos e pardos em Vitória não sabem o país ou a região de origem dos seus antepassados.

Ao fabular com Butler (2022), uma das mais destacadas e influentes teóricas *queer*, entendemos que estas situações de apagamentos das memórias ancestrais, são representações que foram construídas mediante a óptica eurocêntrica, que institui sentidos de “normalidade” e “anormalidade”, estabelecendo como norma padrão o homem, branco, heterossexual, cristão. Os sujeitos que não correspondem a esse padrão ainda hoje são vistos como desviantes, abjetos, e excluídos socialmente. A respeito disso,

o abjeto designa aqui precisamente aquelas zonas “inóspitas” e “inabitáveis” da vida social, que são, não obstante, densamente povoadas por aqueles que não gozam do status de sujeito, mas cujo habitar sob o signo do “inabitável” é necessário para que o domínio do sujeito seja circunscrito (BUTLER, 2022, p. 155).

---

7 Barreira de árvores com o objetivo de criar uma floresta contínua, preservando a biodiversidade e prevenindo a desertificação. Existem, hoje dois grandes projetos de “barreira verde” em andamento no mundo: o da China e o da África. Disponível em: <https://nadanovonofront.com/2022/01/19/o-brasil-precisa-criar-uma-barreira-verde/>. Acesso em 16/09/2023.

Por que nossos corpos deveriam terminar na pele? Ou por que, além dos seres humanos, deveríamos considerar também os corpos, quando muito, apenas outros seres também encapsulados pela pele? Buther (2022) nos embala a pensarmos a sujeitidade de sermos negras e negros, refere-se à nossa formação, construção e processos pelos quais nos constituímos como sujeitas, estamos sempre envolvidas num processo de devir sem fim, é possível reassumir ou repetir a sujeitidade de diferentes maneiras. Importante destacar que esse processo de apagamento e escravização da população negra foi tão cruel e a quantidade de africanos que foram capturados durante três séculos foi tão grande, que ainda hoje a imagem da trabalhadora escravizada associa-se com a cor de pele preta, trazendo a evidência do racismo estrutural, estruturado e estruturante.

Para Schwartz (2018), o povo negro sempre foi aguerrido, no período da escravização, realizavam fugas em massa ou fugas individuais, formavam quilombos que se tornavam centros de (re) existência, organizavam revoltas que resultavam na morte de seus senhores. Muitos moradores escravizados foram para São Mateus e Cachoeiro de Itapemirim, compondo assim as Comunidades Quilombolas, que resistiram para existir. Reiteramos que a década de 80 registrou inúmeros casos de revoltas e fugas de corpos escravizados.

A cidade de Vitória ao não se ver negra ou negar essa marca, deixa-se ser alimentada diariamente por uma política do estado de embranquecimento e ela ocorre para com nossos corpos pretos de diferentes maneiras, por exemplo, quando nós não nos aceitamos como negras, nós não nos autodeclaromos com negra, quando não damos conta de sustentar a nossa cor da pele, o nariz, a boca, o tipo de cabelo, porque isso faz de mim o tempo todo alguém excluído, e quando isso me coloca no lugar do eu não posso identificar com meu grupo, com meu povo, com minhas ancestrais, isso é um genocídio.

Vilma Piedade em seu livro “Dororidade” (2019), apresenta ao público um conceito, por ela forjado, qual seja a dororidade, conceito conexo e desdobrado da definição de sororidade, que significa

empatia, irmandade, união, laço e articulação que une mulheres em decorrência da compreensão mútua de seu contexto. Quando nos debruçamos na etimologia da palavra sororidade encontramos “sóror” que significa irmã, consubstanciando a união e a solidariedade entre as mulheres. Nesse sentido, a ideia da dor e sua transformação em *dororidade* evidencia o cuidado e a habilidade de Vilma Piedade com a linguagem, consubstanciada no ‘pretoguês’: “[...]de sorte que “Dororidade, pois, contém as sombras, o vazio, a ausência, a fala silenciada, a dor causada pelo racismo. E essa dor é preta” (PIEADADE, 2019, p. 16).

### **Giras de autocuidados: (sobre)viveremos, não apenas uma de nós, mas todas nós**

Para Oliveira (2021) essas relações de poder intrínsecas das instituições contribuem para a hegemonia de determinados grupos (os colonizadores) manter seus interesses sociais, políticos e econômicos, definindo regras e condutas que são naturalizadas. O domínio que esses grupos exercem é produzido através de princípios discriminatórios pautados na raça, estabelecendo as normas culturais e sociais que são transformadas numa única perspectiva civilizatória de sociedade.

Há necessidade de despotencializar os valores éticos e estéticos que tem colocado negros e negras nos padrões de beleza, à partir de corpos e cabelos de brancos, representando a pureza, a saúde, a beleza e a perfeição; as imagens do povo negro sujo, truculento, marginal, atrapalhado, preguiçoso; sentimentos de vergonha, inferioridade, medo; sua intelectualidade, como incapacidade, inferioridade, incompetência, ou seja, ainda hoje há uma negação da existência do racismo, ocasionando que as crianças negras tenham vergonha, medo e raiva de ser negra. Precisamos deixar as portas abertas e as luzes acesas para enfrentar essas discriminações ocasionadas pelo fascismo, dialetizando as vivências das/com as comunidades negras.

Em suas escrevivências, Luiza Mahin chama a atenção,

**Dona Luiza Mahin:** [...] além de tomar banho, pegava-se caranguejo [...] a cata do caranguejo também eu ia [...] mesmo com lama até no joelho pra pegar caranguejo a gente pegava para o sustento, para o consumo [...] tinha pessoas que vendiam [...] que viviam da pesca e tem gente até hoje que vive da pesca...As pessoas hoje estão mais distantes do mar (DIÁRIO DE CAMPO<sup>8;9</sup>, 2024).

As mulheres que trabalham no setor de saúde e cuidados ganham quase 25% menos do que os homens. A diferença salarial, destacada no novo relatório publicado por agências da ONU (2024) é maior que em outros setores econômicos. As crises humanitárias aumentaram muito em 2023 e foram devastadoras para as pessoas mais vulneráveis. Essas crises sobrecarregaram gravemente o sistema humanitário global e afetaram desproporcionalmente mulheres e crianças negras. Conflitos, doenças e desastres foram amplificados pela mudança do clima, causando níveis recordes de deslocamento e fome mesmo em áreas que nunca haviam estado em risco antes. As violações do direito humanitário internacional e dos direitos humanos

---

8 Pretuguês é o termo usado para descrever a influência dos idiomas africanos no português falado no Brasil. O termo foi criado pela intelectual Lélia Gonzalez. É uma parte da africanização da língua portuguesa brasileira. As pessoas negras escravizadas resistiam à opressão através da fala, do jeito de agir e de viver. Sendo assim, o pretuguês é uma forma de resistência, uma alteração da língua que tem origens na construção cultural do Brasil, reforçando a beleza da fala cotidiana das pessoas simples.

9 Nome fictício, em homenagem a africana guerreira Luiza Mahin, que teve um significativo papel na Revolta dos Malês, na Bahia. Além de sua herança de luta, deixou-nos seu filho, Luiz Gama, poeta e abolicionista. Pertencia à etnia jeje, sendo transportada para o Brasil, como escravizada. Em 1830 deu à luz um filho que mais tarde se tornaria poeta e abolicionista. O pai de Luiz Gama era português e vendeu o próprio filho, por dívida, aos 10 anos de idade, a um traficante de negros escravizados, que levou para Santos.

continuaram com impunidade, incluindo ataques a civis, hospitais, ajuda humanitária e escolas.

As mulheres negras tiveram seus corpos associados à ocupação dos trabalhos com as famílias brancas, muitas vezes tendo que deixar de alimentar seu filho recém-nascido para alimentar o filho da mulher branca. De acordo com Araújo *et al.*:

[...] não existe um espaço de igualdade entre as experiências de mulheres negras e brancas, nem ontem, nem hoje. As mulheres brancas tiveram sua história marcada pela restrição ao ambiente doméstico e pela circunscrição às relações familiares. As mulheres negras, ao contrário, estavam posicionadas em outro lugar social, que é de luta pela sobrevivência ou, no limite de sua existência, da luta pela vida (p. 115)

Vidal (2012) nos convoca a refletir sobre a recriação das famílias, a partir das redes de sociabilidades e religiosidades apresentou arranjos que foram essenciais para o cuidado com o corpo físico; com a saúde mental e espiritual a partir dos pais, das mães e das famílias de santo; com as crianças realizado por tios e tias afetivos, a garantia da alimentação dentro dos locais de culto das religiões afro-brasileiras; os adjutórios; as irmandades negras religiosas; e as ajudas financeiras mútuas.

Para Braga (2021) a população negra, em especial, para os participantes do culto aos orixás, voduns e inkices, havia outra forma de combate, que deveria ser posta em prática a partir dos rituais religiosos direcionados a Omolu, Obaluaiê, Nsumbu, Kavungu e outras divindades que são relacionadas à terra e à cura, conduzidos por pessoas aptas a realizá-los.

“Você observou quantas pessoas negras tem por aqui? Aqui é bairro de preto, já morei nesses três bairros e sempre a polícia bate aqui procurando bandido, só porque nós é preto” (DIÁRIO DE CAMPO, 2024). Mas o que é um território negro? Ao Zacimba

Gaba<sup>10</sup> dizer que os bairros das periferias são territórios de preto, não está declarando o grupo étnico-racial que compõe as mulheres habitantes? Quais territórios de Vitória podem ser considerados territórios negros? Por que a polícia bate onde tem mais pretos?

Santos (2021) em seu o texto “Território de Memórias Negras” indica que existem ocupações que podemos classificar como territórios negros: uma residencial, portanto, fixa e material, sendo demarcada geograficamente, servindo para habitar e produzir, sendo mais presente na área rural; ou apenas para habitar, mais aplicada no meio urbano; e outra interacional que, apesar de ser demarcada geograficamente, nem sempre é fixa, não é utilizada para morar e ocorre principalmente nas cidades, tendo como principal característica o fato de serem locais de troca e encontro.

Ao debatermos com algumas moradoras da comunidade, a dona Antonieta de Barros, uma companheira de trabalho, que reside há mais de 30 anos em Santa Martha, chama a nossa atenção para os movimentos comunitários, o quanto já foram mais atuantes. Utilizam o espaço do Centro Social Urbano para o desenvolvimento das ações comunitárias, foram inúmeras reuniões e ações coletivas. Para ela,

**Dona Antonieta de Barros:** [...] o Movimento Comunitário e a Associação de Moradores do bairro Santa Marta durante muitos anos não possuía sede própria, os presidentes buscavam espaços alternativos dentro da própria comunidade para a realização de reuniões. As reuniões dessas organizações comunitárias não

---

10 Nome fictício de uma moradora de 73 anos, que já morou nos três bairros da Poligonal 11. Zacimba Gaba foi uma princesa guerreira do reino de Cabinda, em Angola, na África. Ela nasceu no século XVII e comandou seu povo numa guerra contra a invasão portuguesa na região costeira. No Espírito Santo, ela foi vendida com mais 12 súditos ao fazendeiro português José Trancoso. No campo de trabalho, Zacimba foi cruelmente castigada por não se submeter às ordens do senhor.

são sistemáticas, ocorrendo conforme as necessidades apresentadas pela comunidade, sendo inexpressiva a participação dos moradores nas reuniões para discussão das questões do bairro, nos últimos anos as associações de moradores estão fracas, são espaços usados por políticos para angariar votos” (DIÁRIO DE CAMPO, 2023).

Quanto ao movimento Comunitário do bairro Joana D’arc, as reuniões com as moradoras acontecem geralmente na Escada Vercenílio Pascoal e a participação nas discussões também é pequena. Apesar da referência, destaca-se um grande número de pessoas que desconhecem as formas organizativas existentes na comunidade. Nas entidades organizadas, a permanência ou o rodízio nos cargos das diretorias entre os mesmos moradores, mostra como o poder, ao se concentrar em poucas mãos, dificulta o surgimento de novas lideranças (DIÁRIO DE CAMPO, 2024).

A construção de moradias do manguezal causou a degradação da vegetação nativa e o aterro do manguezal, que sofreu drástica redução de sua largura e profundidade, em vista das práticas de aterramento hidráulico e de processos de aterramento natural identificados pela ocupação humana de suas margens.

Dona Esperança Garcia <sup>11</sup>lembra,

**Dona Esperança Garcia:** [...] os homens costumavam viver da pesca e da cata de mariscos e da cata do caranguejo, e as mulheres

---

11 Esperança Garcia, mulher negra e escravizada, escreveu ao governador do estado do Piauí em 1770, denunciando os maus-tratos que tanto ela quanto suas companheiras e seus filhos sofriam. Devido a essa carta, Esperança recebeu o título simbólico pela Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) do Piauí de primeira advogada do estado. A carta de Esperança foi encontrada em 1979, no Arquivo Público do Piauí, pelo historiador Luiz Mott. A descoberta de sua reivindicação fez dela símbolo da luta por direitos e da (re)existência negra.

de lavar roupa para fora[...] o lazer das crianças era jogar futebol em um campo que ficava bem no meio do mangue. Quando a maré subia ninguém podia brincar, porque o mar ocupava tudo [...] (DIÁRIO DE CAMPO, 2024).

Ao caminhar nos territórios negros foi possível visualizar a falta de regularidade na coleta de lixo e o desconhecimento por parte das moradoras e moradores sobre como descartá-los. Em um dos dias chuvosos da pesquisa de campo, entendemos as questões subjacentes às enchentes.

**Dona Esperança Garcia:** [...] “Muitas vezes não sabemos o horário que o caminhão de lixo vai passar, então as pessoas deixam os sacos na rua o dia inteiro, o que facilita para os cachorros rasgarem e espalharem tudo, entupindo os bueiros” (DIÁRIO DE CAMPO, 2024).

Quais caminhos e alternativas essas comunidades conhecem para enfrentar essas violações dos direitos humanos à saúde? Entendemos porque os governantes fascistas utilizam estratégias para despotencializar os movimentos políticos e lideranças comunitárias, para não discutirem como enfrentar as demandas identificadas e não perceberem a força de uma comunidade quando todas e todos se unem e lutam por seus direitos. Enquanto isso não acontece o racismo se fortalece.

## **Considerações: que tal voltar nossos olhares para as práticas seculares de cuidados?**

É necessário voltar o olhar para as práticas de cuidado seculares desenvolvidas pela população negra, muitas delas ligadas à religiosidade e à ancestralidade. Consolidar os sistemas de compadrios/fraternidade/irmandades que possibilitaram e possibilitam o sustento das famílias

a partir do trabalho de mulheres negras; com as trocas de gêneros alimentares, vestimentas, serviços; e, em tempo mais recente entre os filhos de idades próximas. Esses territórios, relações nas comunidades não se baseiam no parentesco consanguíneo, e nem o excluem. De fato, são gerados a partir de certos tipos de prática sociais, tais como o comércio, o lazer, a religião e a política.

Assim como as moradoras negras do bairro Andorinhas, temos sido aprendizes nos espaços públicos, ditos democráticos, mas que por vezes exclui negros e negras e tenta nos silenciar com discursos “antirracistas”. Apostamos nos caminhos, teorias, vivências, políticas de saúde-cuidado, autocuidado, caminhadas outras nas trilhas afrodiaspóricas. Precisamos exercitar a “*dororidade*”, a irmandade, parceria e união na *dor*, impressa em nossas trajetórias em decorrência do racismo e do machismo estruturantes da sociedade contemporânea, e que tem, na subalternização da população preta, sua face mais hedionda, recaído, por óbvio, em uma maior violência sobre as mulheres pretas. Desta forma é na dimensão da dor que, efetivamente, nós mulheres pretas estamos articuladas e precisamos comunicar, visto que é a dor que nos une.

Santos (2021) nos convida a resistir, há necessidade de intervenção sobre o modo de organização dos serviços de saúde disponíveis, facilitando a disponibilidade de acesso integral, ou seja, aos diferentes níveis de atendimento. O conhecimento da existência e da intensidade de limitações nesse nível pode favorecer a adoção de medidas singulares e adequadas a cada caso para sua superação e aproximação entre usuários e o serviço de saúde.

Assim como Collins (2019), precisamos adotar a sabedoria e a visão de mundo de nossos antepassados negros, decorrentes de suas experiências prévias, caso contrário não superaremos os obstáculos. Elas acreditam em nós! Não há absolutamente nada de errado em nós. Mas há coisas que são nitidamente falhas em nossa sociedade. Que tal nos aquilombarmos para cuidar de nós? Os chás, os banhos, as rezas e os benzimentos auxiliaram negros e negras a sobreviverem em

um mundo hostil, que lhes negava proteção à saúde física, psíquica, sexual e espiritual. Várias foram e são as estratégias desenvolvidas pela população negra em busca de sua sobrevivência, de resistência e de luta pelo reconhecimento da sua humanidade.

Uma das características desse cuidado negro deve ser o trânsito entre o mundo e o pertencimento racial, e assim como Dona Carolina Maria de Jesus, Dona são curas nas escolas de samba, curas nas trocas de experiências entre Mariana Crioula, Dona Antonieta de Barro e Dona Luiza Mahim, precisamos repensar processos de curas nas acolhidas quando estamos doentes por nossas familiares e vizinhas, curas nos chás de plantas e ervas medicinais repassadas por nossas bisavós, avós e mães, pois há um legado das mulheres negras na saúde, são memórias e histórias invisibilizadas. Existe uma gira de autocuidados na comunidade negra.

## Referências

- AGUIRRE, R. *et al.* Los cuidados en la agenda de investigación y en las políticas públicas en Uruguay. **Íconos: Revista de Ciencias Sociales**, v. 18, n. 50, p. 43-60, 2014. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=50931716003>. Acesso em: 20 dez. 2024.
- ALMEIDA, W. S. de. **Gente da terra**: Relações de poder na capitania do Espírito Santo (séculos XVI e XVII). 2019. 152 f. Dissertação (Mestrado em História) – Programa de Pós-Graduação em História, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2019.
- ARAÚJO, D. F. M. S.; SANTOS, W. C. S. Raça como elemento central da política de morte no Brasil: visitando os ensinamentos de Roberto Esposito e Achille Mbembe. **Rev. Direito. Prax.** 2019; 10(4): 3024-55. doi: 10.1590/2179-8966/2019/45695.

- ATLAS DA VIOLÊNCIA 2023. **ATLAS DA VIOLÊNCIA 2023**. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública; Rio de Janeiro: IPEA, 2023.
- BRAGA, A.; IZAÚ, V. R. Da revolta da vacina ao povo sem vacina contra a Covid-19: reflexões sobre pandemia, raça e exclusão social. **Rev. Aurora**. 2021; 14(2): 73-90. doi: 10.36311/10.36311/1982-8004.2021.v14.n2.p73-90.
- BUTLER, J. **Desfazendo gênero**. São Paulo: Unesp, 2022.
- COLLINS, P. H. **Pensamento feminista negro**: conhecimento, consciência e a política do empoderamento. Tradução J. P. Dias. 1ª ed. São Paulo: Boitempo, 2019.
- COSTA, C. R. F. Carnaval, samba e comunicação no morro da Mangueira. *In*: **CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS DA COMUNICAÇÃO, 26., 2003, Belo Horizonte**. Anais eletrônicos [...]. Belo Horizonte: Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação, 2003. Disponível em: <https://academiadosamba.com.br/monografias/candida.pdf>. Acesso em: 7 dez. 2023.
- DONZELOT, J. **A polícia das famílias**. 2ª edição. Rio de Janeiro, editora Graal, 1986.
- EVARISTO, C. **Macabéa, flor de mulungu**. Rio de Janeiro: Oficina Raquel, 2023.
- GONZÁLEZ, L. “A mulher negra na sociedade brasileira”. *In*: GONZÁLEZ, L. **O lugar da mulher – Estudos sobre a condição feminina na sociedade atual**. Rio de Janeiro: Graal, 1982.
- NOGUERA, R. **Racismo**: uma questão de todos. Rio de Janeiro: Fundação Roberto. Marinho, 2018.
- OLIVEIRA, D. de. **Racismo estrutural**: uma perspectiva histórico-crítica. 1. ed. São Paulo: Editora Dandara, 2021.
- ONU. **Fundamental Principles of Official Statistics**, 2024. [S. l.: s. n.], 2024.
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Mulheres são maioria na saúde e cuidados, mas ganham 24% menos que homens**

- [Internet]. Genebra: ONU; 2022 [citado 30 Set 2022]. Disponível em: <https://news.un.org/pt/story/2022/07/1795492>.
- SANTOS, M. R. Um território de memórias negras: conexões possíveis e histórias viáveis. **Revista História Hoje**, 2021.
- SCHWARCZ, L. M. **O espetáculo das raças: cientistas, instituições e questão racial no Brasil – 1870-1930**. São Paulo: Companhia das Letras, 2018.
- SOUZA, R. B. de. Duas contribuições de Lélia Gonzalez para a consolidação de um Feminismo Decolonial e Antirracista. **Trans/formação: Revista de Filosofia da Unesp, Marília**, v. 47, n. 2, e02400174, 2024.
- VIDAL, R. L. Linguagem e saberes tradicionais africanos nas práticas de cura dos benzeiros na comunidade quilombola do Mucambo. *In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL ACOLHENDO AS LÍNGUAS AFRICANAS – SIALA: AFRICANIAS, IMAGENS E LINGUAGENS, 2012, Salvador*. Anais [...]. Salvador: [S. l.], 2012. p. 1-15.
- WERNECK, J. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saúde e Sociedade**. 2016.

# Cuidado espiritual de enfermagem: análise de conceito

*Priscilla Ferreira e Silva • Márcia de Assunção Ferreira •  
Marcos Antônio Gomes Brandão*

A espiritualidade é reconhecida como um componente relevante na percepção da qualidade de vida dos indivíduos, independentemente de seus efeitos no processo saúde-doença (ROCHA; FLECK, 2010). Entre as principais demandas dos pacientes em relação às suas necessidades espirituais, destacam-se a compreensão de como suas crenças e religiões interferem no enfrentamento das doenças e tratamentos (KOENIG; KING; CARSON, 2012), bem como o desejo de serem compreendidos em sua subjetividade, para construir novas perspectivas de esperança.

A espiritualidade, inerente à condição humana, abrange questões relacionadas ao sentido da vida e à existência. Diferente da religiosidade, é pessoal, subjetiva e experiencial, podendo transcender os fenômenos sensoriais (RODRIGUES; GOMES, 2011). Essa vivência não depende exclusivamente de uma religião e pode ser compartilhada

por ateus e céticos, sendo fundamentada no significado atribuído por cada indivíduo à sua experiência espiritual (PESUT, 2009).

O conceito de cuidado espiritual em saúde é essencial para o cuidado integral, que visa o bem-estar e a recuperação da saúde, tanto individual quanto coletiva. A visão ampliada de saúde, como estado de bem-estar físico, emocional, social e espiritual, é reconhecida pela equipe do WHOQOL, que destaca a espiritualidade como influência importante na qualidade de vida (FLECK *et al.*, 2003).

O cuidado humano, objeto central das profissões de saúde, deve ser integral e holístico, incorporando aspectos biológicos, psicossociais e espirituais (BIRO, 2012). Embora muitas pessoas expressem sua espiritualidade por meio da religiosidade, outras a vivenciam por meio de princípios filosóficos, da contemplação da natureza ou de experiências evocadas pela arte e música (ESPÍNDULA; VALLE; BELLO, 2010). Essa diversidade confere à espiritualidade uma expressão multifacetada, repleta de significado e sentimento.

Saad e Medeiros (2008) identificam três formas de expressão da espiritualidade: intrapessoal, interpessoal e transpessoal. A espiritualidade intrapessoal está relacionada ao autoconhecimento e à busca interior; a interpessoal refere-se às relações com os outros, baseadas na sacralidade; e a transpessoal envolve a transcendência, a conexão com algo maior ou divino. Assim, o atendimento às demandas espirituais dos pacientes é um dever dos profissionais de saúde, realizado com respeito às características socioculturais e espirituais de cada indivíduo, seguindo os princípios de beneficência, não maleficência, autonomia e direito (CASAREZ; ENGBRETSON, 2012).

Entretanto, a dificuldade conceitual em torno do cuidado espiritual ainda representa um obstáculo no ensino de profissionais de saúde (BATTEY, 2012). A abordagem fragmentada e a insegurança de educadores em lidar com o tema comprometem a formação necessária para prover esse cuidado no dia a dia e em situações específicas, como nos cuidados paliativos (KISVETROVA; KLUGAR; KABELKA, 2013).

## **Benefícios da espiritualidade na saúde à luz da ciência contemporânea**

Há evidências científicas que demonstram uma correlação positiva entre espiritualidade e saúde. A vivência espiritual contribui para a promoção e manutenção da saúde, ajudando a atribuir significado ao sofrimento, favorecendo o enfrentamento de adversidades e promovendo a resiliência (FLECK *et al.*, 2003; BARRETO, 2011).

Indivíduos com vivências espirituais positivas tendem a apresentar maior bem-estar psicológico, comportamentos de autocuidado, melhor enfrentamento de situações de saúde adversas e menores taxas de ansiedade, depressão, abuso de drogas e suicídio (SAAD; MEDEIROS, 2008). O bem-estar espiritual é descrito como a sensação de paz e completude em relação a si mesmo, aos outros e ao transcendente (ELLISON, 1983).

Estudos também apontam relações positivas entre espiritualidade e imunidade, como a redução de marcadores inflamatórios (LUTGENDORF *et al.*, 2004), aumento de linfócitos TCD4 em pacientes com HIV (BORMANN; CARRICO, 2009) e menores níveis de cortisol associados a práticas religiosas frequentes (TARTARO; LUECKEN; GUNN, 2005). No campo da obesidade, a espiritualidade tem sido associada à motivação para modificações alimentares e à manutenção de um estilo de vida saudável (DURU *et al.*, 2010; KRUKOWSKI *et al.*, 2010).

No âmbito cardiovascular, práticas religiosas estão associadas a menores índices de hipertensão, menos complicações pós-operatórias e evoluções mais favoráveis de doenças coronarianas (BUCK *et al.*, 2009; LUCCHETTI; LUCCHETTI; AVEZUM, 2011; MASTERS; HOOKER, 2013). Em saúde mental, observa-se menor prevalência de depressão entre pessoas religiosas e benefícios na integração da espiritualidade com tratamentos convencionais (BONELLI *et al.*, 2012; KING *et al.*, 2013).

Por outro lado, algumas formas de vivência espiritual ou religiosa podem ser prejudiciais, como a “religiosidade negativa”, em que o Sagrado é percebido como punitivo ou ausente. Esse tipo de crença está associado a maiores índices de depressão, ansiedade e ideação suicida (GONÇALVES, 2014; STRATTA *et al.*, 2012). Dessa forma, é essencial que os profissionais estejam atentos para identificar e abordar essas questões de maneira sensível e respeitosa, promovendo o cuidado espiritual adequado.

## **Paradigmas e os dificultadores do cuidado espiritual em saúde**

O distanciamento das práticas de saúde no Ocidente das questões subjetivas e espirituais está profundamente enraizado nas mudanças culturais, sociais e econômicas ao longo da história. Momentos históricos críticos intensificaram o conflito dualista entre corpo e espírito, ampliando o abismo entre o abstrato dos fenômenos subjetivos e o concreto mensurável da biofisiologia. Esse processo colaborou para a secularização do cuidado em saúde, desde a influência judaico-cristã no período da Inquisição até a afirmação científica do método positivista.

O paradigma cartesiano, baseado na racionalidade, quantificação e objetividade, favoreceu o dualismo entre corpo e espírito, focando na separação da matéria e do pensamento. Em contrapartida, o paradigma holístico, introduzido pelo filósofo Jan Smuts em 1926, propõe uma visão integrada, em que os fenômenos só podem ser compreendidos em seu contexto total, enfatizando a interdependência das partes e a transdisciplinaridade (TEIXEIRA, 1996).

No Ocidente, sob a influência do positivismo, o cuidado em saúde se concentra em necessidades concretas e objetivas, manifestas por sinais e sintomas (KISVETROVA; KLUGAR; KABELKA, 2013). Essa abordagem, ainda predominante, reflete a formação acadêmica

de saúde baseada em um modelo biologicista, fragmentado e centrado na doença e no médico. Essa tradição tem raízes históricas, como o Relatório Flexner (1910), que reorganizou o ensino médico nos Estados Unidos e influenciou outros países, incluindo o Brasil, onde já vigorava a herança do modelo anatomo-clínico francês (PAGLIOSA; DAROS, 2008).

Contudo, o cuidado exige mais do que técnicas e diagnóstico. Requer sensibilidade e escuta ativa, definida como a habilidade de compreender o outro dentro de seu próprio sistema de valores, crenças e comportamentos (BARBIER, 1993). A falta dessa abordagem humanizada pode levar à negação de cuidados relacionados a sofrimentos emocionais e espirituais, exacerbada por embates entre convicções pessoais de profissionais e pacientes.

Na sociedade contemporânea, marcada pela digitalização e relações fugazes, a fluidez dos vínculos pode dificultar a introspecção e a valorização das subjetividades. A ausência de tempo e incentivos para aprofundar essas relações é apontada como barreira ao cuidado espiritual (MURRAY, 2010). Entretanto, a evolução tecnológica, embora fundamental para os avanços diagnósticos e terapêuticos, não pode suprir as lacunas existenciais relacionadas à dor, perda, medo e morte, áreas das quais a espiritualidade emerge como fonte de sentido.

A busca por espiritualidade, frequentemente mais existencial do que religiosa, reflete uma tentativa de retorno às questões essenciais da condição humana, ampliando o papel do cuidado espiritual na saúde (KISVETROVA; KLUGAR; KABELKA, 2013).

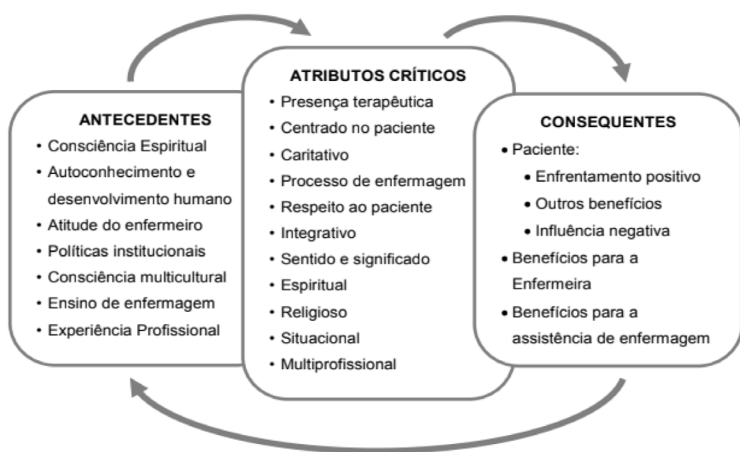
## **Cuidado espiritual de enfermagem: análise de conceito**

Com os avanços das práticas baseadas em evidências, torna-se essencial que fenômenos estudados sejam claramente definidos, possibilitando a conexão entre teoria e prática (MCEWEN; WILLS,

2016). O desenvolvimento da ciência da enfermagem está alicerçado em seu metaparadigma: indivíduo, saúde, ambiente e enfermagem (FAWCETT, 2005).

O cuidado, como objeto central da enfermagem, orienta a presente análise, que busca operacionalizar o conceito de cuidado espiritual de enfermagem. Esse conceito deriva de “espiritualidade” e “cuidado de enfermagem” e foi identificado pela primeira vez em 1953 em artigos indexados. Apesar de sua importância, muitos enfermeiros deixam o cuidado espiritual à margem devido a fatores como falta de tempo, desconforto com o tema, confusão conceitual ou desconhecimento de sua pertinência na prática (CARR, 2012).

Seguindo o método de análise de conceito de Walker e Avant (2005), foram realizados cinco passos, começando por uma revisão sistemática de literatura científica em enfermagem, que resultou na seleção de 39 artigos para identificação de atributos críticos, antecedentes e consequentes do cuidado espiritual de enfermagem (MACHADO, 2016).



O esquema representativo do conceito de cuidado espiritual (MACHADO, 2016) mostra que:

- Antecedentes: Sensibilização do profissional para reconhecer a espiritualidade no cuidado.
- Atributos críticos: Compreensão holística e ações sistematizadas.
- Consequentes: Benefícios para pacientes, enfermeiros e a prática assistencial.

Os resultados para os pacientes incluem melhora no enfrentamento de situações de saúde, maior paz interior, alívio da angústia espiritual e percepção ampliada de sentido na vida. Já para a enfermagem, são evidenciados registros do apoio à espiritualidade e maior reflexão sobre o significado do trabalho (MACHADO, 2016).

Assim, o cuidado espiritual, fundamentado no paradigma holístico e nos princípios de Florence Nightingale, oferece uma abordagem diferenciada no processo de enfermagem, integrando saberes e práticas que transcendem o cuidado físico e respondem às necessidades humanas mais profundas.

## **Considerações para a enfermagem**

Na Enfermagem, a espiritualidade é um tema presente desde Florence Nightingale, sendo reconhecida como parte integrante da abordagem de cuidados holísticos (CALDEIRA; HALL, 2012). Norteados por práticas de cuidado, teóricos da enfermagem como Jean Watson (CUIDADO TRANSPESSOAL, 1988), Betty Neuman (MODELO DE SISTEMA, 1989), Madeleine Leininger (ENFERMAGEM TRANSCULTURAL, 1978), Newman Parse e Wanda de Aguiar Horta (Necessidades Humanas Básicas) ressaltam a espiritualidade como uma necessidade inerente ao ser humano, que deve ser atendida na assistência de enfermagem (MCEWEN; WILLS, 2016).

No Brasil, registros históricos de artigos publicados em revistas científicas de Enfermagem, já na década de 1950, discutiam a espiritualidade e a religiosidade como temas centrais ou periféricos. Essas

publicações abordavam desde a importância de incluir o ensino da espiritualidade na formação profissional até a relevância do atendimento às necessidades espirituais e religiosas dos pacientes (SA, PEREIRA, 2007). Assim, o cuidado espiritual de enfermagem não se trata de uma tendência passageira, mas sim de um resgate essencial à profissão (PESUT, 2009).

A análise do conceito de cuidado espiritual de enfermagem apresentada neste estudo oferece diretrizes importantes para a prática. Ela destaca a relevância da espiritualidade do próprio profissional de saúde, o conhecimento e a experiência no cuidado, além de qualidades fundamentais como presença, disponibilidade para a escuta interessada e empática, sensibilidade e intenção terapêutica (MACHADO, 2016).

Na prática, cabe ao profissional estar disponível para identificar e atender às necessidades espirituais dos pacientes, oferecendo suporte direto ou, quando necessário, realizando encaminhamentos apropriados. É fundamental compreender que a espiritualidade, seja manifestada em crenças religiosas e rituais, em momentos de autorreflexão, na conexão com o sagrado (KOENIG; KING; CARSON, 2012), em contemplações filosóficas ou em qualquer outra forma de expressão, pode fornecer estímulo à manutenção do cuidado de si (BURKHART; HOGAN, 2008). A espiritualidade atua como suporte para o enfrentamento positivo, trazendo esperança e força para lidar com as adversidades inerentes às condições de saúde e doença.

Por fim, a integração da espiritualidade no cuidado de enfermagem não apenas promove benefícios para os pacientes, mas também fortalece a prática profissional, conferindo maior sentido e propósito ao trabalho do enfermeiro. Esse resgate é um convite para uma abordagem mais humanizada, que reconhece e valoriza a integralidade do ser humano em suas múltiplas dimensões (MACHADO, 2016).

## Referências

- BARBIER, R. Escuta sensível na formação de profissionais de saúde. *In: Conferência na Escola Superior de Ciências da Saúde – FEPECS – SES-GDF, 1993.* [S. l.: s. n.], 1993. Disponível em: <http://www.barbier-rd.nom.fr/escutasensivel.pdf>.
- BARRETO, S. S. R. **A percepção do processo de morrer da pessoa com doença oncológica terminal.** 2011. Dissertação (Mestrado em Ciências Humanas) – Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiás, 2011.
- BATTEY, B. W. Perspectives of spiritual care for nurse managers. **Journal of Nursing Management**, v. 20(8), p. 1012-20, 2012.
- BIRO, A. L. Creating conditions for good nursing by attending to the spiritual. **Journal of Nursing Management**, p. 1-10, 2012.
- BONELLI, R.; DEW, R. E.; KOENIG, H. G.; ROSMARIN, D. H.; VASEG, S. Religious and spiritual factor in depression: review and integration of the research. **Depression Research and Treatment**, 2012.
- BORMANN, J. E.; CARRICO, A. W. Increases in positive reappraisal coping during a group-based mantram intervention mediate sustained reductions in anger in HIV – positive persons. **International Journal Of Behavioral Medicine**, v. 16, n. 1, p. 74-80, 2009.
- BUCK, A. *et al.* An examination of the relationship between multiple dimensions of religiosity, blood pressure, and hypertension. **Social Science & Medicine** v. 68, n. 2, p. 314-22, 2009.
- BURKHART, L.; HOGAN, N. An experiential theory of spiritual care in nursing practice. **Qualitative Health Research**, v. 18, n. 7, p. 928-38, 2008.
- CALDEIRA, S.; HALL, J. Spiritual leadership and spiritual care in neonatology. **Journal of Nursing Management**, v. 20, n. 8, p. 1069-75, 2012.

- CARR, T. J. Facing existential realities: exploring barriers and challenges to spiritual nursing care. **Qual Health Res.**, v. 20, n. 10, p. 1379-92, 2012.
- CASAREZ, P.; ENGBRETSON, J. C. Ethical issues of incorporating spiritual care into clinical practice. **Journal of Clinical Nursing**, n. 21, p. 15-16, 2012.
- DURU, O. K. *et al*. Sisters in motion: a randomized controlled trial of a faith-based physical activity intervention. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 58, n. 10, p. 863-69, 2010.
- ELLISON, C. W. Spiritual well-being: conceptualization and measurement. **Journal of Psychology and Theology**, v. 11, p. 4, p. 330-40, 1983.
- ESPINDULA, J. A.; VALLE, E. R. M.; BELLO, A. A. Religión y espiritualidad: una perspectiva de profesionales de la salud. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online], v. 18, n. 6, p. 1229-36, 2010.
- FAWCETT, J. **Contemporary nursing knowledge: analysis and evaluation nursing model and theories**. 2. ed. Philadelphia: F.A. Davis., 2005.
- FLECK, M. P. A. *et al*. Desenvolvimento do WHOQOL, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. **Rev. Saúde Pública**, v. 37, n. 4, p. 446-55, 2003.
- GONÇALVES, J. P. B. **Intervenções espirituais e/ou religiosas na saúde: revisão sistemática e meta-análise de ensaios clínicos controlados**. 2014. Dissertação (Mestrado em Psiquiatria) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.
- HELMING, M. A. Integrating spirituality into nurse practitioner practice: the importance of finding the time. **Journal for Nurse Practitioners**, v. 5, n. 8, p. 598-605, 2009.
- KING, M. *et al*. Religion, spirituality and mental health: results from a national study of English households. **The British Journal of Psychiatry**, v. 202, n. 1, p. 68-73, 2013.
- KISVETROVA, H.; KLUGAR, M.; KABELKA, L. Spiritual support interventions in nursing care for patients suffering death anxiety

- in the final phase of life. **Journal of Palliative Nursing**, v. 19, n. 12, p. 599-605, 2013.
- KOENIG, H. G.; KING, D. E.; CARSON, V. B. **Handbook of religion and health: a century of research reviewed**. 2. ed. New York: Oxford University Press; 2012.
- KRUKOWSKI, R. A. *et al.* Obesity treatment tailored for a catholic faith community: a feasibility study. **Journal of Health Psychology**, v. 15, n. 3, p. 382-90, 2010.
- LUCCHETTI, G.; LUCCHETTI, A. L. G.; AVEZUM JÚNIOR, A. Religiosidade e espiritualidade e doenças cardiovasculares. **Rev. Bras. Cardiol.**, v. 24, n. 1, p. 55-57, 2011.
- LUTGENDORF, S. K. *et al.* Religious Participation, interleukin-6, and mortality in older adults. **Health Psychology**, v. 23, n. 5, p. 465-75, 2004.
- MACHADO, P. S. **Cuidado espiritual de Enfermagem: análise de conceito**. 2016. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.
- MASTERS, K. S.; HOOKER, S. A. Religiousness/spirituality, cardiovascular disease, and cancer: cultural integration for health research and intervention. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 81, n. 2, p. 206-16, 2013.
- McEWEN, M.; WILLS, E. M. **Bases teóricas de enfermagem**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.
- MURRAY, R. B.; ZENTNER, J. P. **Nursing assessment and health promotion strategies through the life span**. Norwalk: Appleton e Lange, 4ed., 1989.
- MURRAY, R. P. Spiritual care beliefs and practices of special care and oncology rns at patients' end of life. **Journal Of Hospice And Palliative Nursing**, v. 12, n. 1, p. 51-58, 2010.

- PAGLIOSA, F. L.; DA ROS, M. A. O Relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Revista brasileira de educação médica**, v. 32, n. 4, p. 492-99, 2008.
- PESUT, B. Fundamental or Foundational Obligation? Problematising the Ethical Call to Spiritual Care in Nursing. **Advances in Nursing Science**, v. 29, n. 2, p. 125-33, 2009.
- ROCHA, N. S.; FLECK, M. P. A. Avaliação da qualidade de vida e importância dada a espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais (SRPB) em adultos com e sem problemas crônicos de saúde. **Rev. Psiq. Clín.**, v. 38, n. 1, p. 19-23, 2010.
- SÁ, A. C.; PEREIRA, L. L. Espiritualidade na enfermagem brasileira: retrospectiva histórica. **O mundo da saúde**, v. 31, n. 2, p. 225-37, 2007.
- SAAD, M.; MEDEIROS, R. Espiritualidade e Saúde. Einstein: Educ Contin Saúde [Internet]. 2008; 6(Pt-2): 135-6. Disponível em: <http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/982-EC%20v6n3%20p135-6.pdf>.
- STRATTA, P. *et al.* Suicidal intention and negative spiritual coping one year after the earthquake of L'Aquila (Italy). **Journal of Affective Disorders**, v. 136, n. 3, p. 1227-31, 2012.
- TARTARO, J.; LUECKEN, L. J.; GUNN, H. E. Exploring Heart and Soul: effects of religiosity/spirituality and gender on blood pressure and cortisol stress responses. **Journal of Health Psychology**, v. 10, n. 6, p. 753-66, 2005.
- TEIXEIRA, E. Reflexões sobre o paradigma holístico e holismo e saúde. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 30, n. 2, p. 286-90, 1996.
- WALKER, L. O.; AVANT, K. C. **Strategies for theory construction in nursing**. 4. ed. New Jearsey: Pearson Prentice Hall, 2005.

# “Dona das divinas tetas”: a amamentação como modelo ideal de cuidado na construção do mito da mãe perfeita

*Camila Lampier Lutzke • Lorryne Cesario Maria •  
Maria Helena Monteiro de Barros Miotto*

Eu preparo uma canção  
Em que minha mãe se reconheça  
Todas as mães se reconheçam  
E que fale como dois olhos  
Milton Nascimento

No decorrer da história, a maternidade é tema recorrente em várias áreas do conhecimento, com destaque no discurso biomédico, que enfatiza aspectos biológicos e fisiológicos, enquadrando as mulheres em critérios de risco e ideais (SAULLO, 2016).

Entretanto, a experiência materna transcende as alterações biológicas, e pode ser interpretada a partir de outras perspectivas. Trata-se de uma construção social ancorada no simbolismo, com variações em diferentes contextos históricos, sociais, econômicos e políticos (BADINTER, 1985; ARIÉS, 1986; SAULLO, 2016; PANTOJA, 2023). Portanto, ao longo da história, o significado atribuído à maternidade, ao cuidado de mãe para filho e ao amor materno, sofreu grandes transformações, de acordo com as necessidades e demandas da sociedade. Essas mudanças nas percepções e comportamentos relacionados à maternagem resultam de uma multiplicidade de práticas e discursos que moldam esses conceitos (RESENDE, 2017).

Nesse ínterim, a amamentação tem papel de destaque nas discussões sobre o cuidado materno-infantil, atuando como uma prática carregada de simbolismos e significado cultural. Mais do que um ato biológico, se insere em dinâmicas sociais e culturais, e é influenciada pelo momento histórico, político e econômico das sociedades através do tempo (NOVAK; ALMEIDA, 2004).

## **O nascimento da mãe perfeita**

Minha mãe me deu a vida  
E sempre ela me dará a vida  
Maria Bethania

O valor atribuído à relação entre mãe e filho modificou-se ao longo da história, já que mudanças nos hábitos e expectativas da maternidade são elaborados a partir de acordos e pactos sociais coletivos. Nesse processo, os discursos e práticas científicas possuem papel de destaque, reforçando as expectativas que se têm sobre as mães (PANTOJA, 2023).

Na Idade Média, as famílias seguiam um modelo paternalista, em que mulheres e crianças eram subordinadas à autoridade masculina.

Casamentos tinham fins econômicos e políticos, não amorosos, e o desinteresse materno era comum, refletindo e reforçando as altas taxas de mortalidade infantil (BADINTER, 1985; SAULLO, 2016).

Nos séculos XVI e XVII, a família aristocrática era composta por diversos indivíduos, incluindo parentes, dependentes, criados e clientes (RESENDE, 2017). A criança não era valorizada e, assim que superava sua fragilidade física, passava a se integrar às atividades dos adultos, participando de tarefas produtivas (ARIÉS, 1986). O cuidado com crianças era negligenciado e o descaso tinha ares de normalidade.

Não havia controle de natalidade, e o contingente de nascimentos indesejados era considerável. O próprio entendimento de infância como período em que a criança demanda de cuidados, proteção e preparação para o mundo adulto, ainda estava se formando (ARIÉS, 1986; MOURA; ARAÚJO, 2004).

Nesse contexto, o abandono infantil era de responsabilidade de toda a sociedade. O investimento na infância deveria se provar lucrativo a longo prazo, já que justificativas morais e humanitárias não eram suficientemente persuasivas para o sistema capitalista (BADINTER, 1985). Estratégias como a tutela do Estado para formar colonos, ou a guarda das crianças pelo exército exigiam alto investimento de tempo, cuidado e dinheiro, e tornavam-se inviáveis (IACONELLI, 2023).

No século XIX, a literatura começou a destacar a proteção infantil como essencial para fortalecer a família burguesa (POSTER, 1979). Entendeu-se que as crianças precisavam de mais do que comida e abrigo; era necessário educá-las e oferecer cuidados atenciosos e afetivos para prepará-las para a vida adulta (ARIÉS, 1986).

Com objetivo de diminuir a mortalidade infantil e enfrentar o abandono de crianças entregues aos cuidados de terceiros, como as amas de leite, foram construídos discursos políticos, médicos e religiosos que deram origem ao mito do amor materno (PANTOJA, 2023). Essa era a estratégia mais fácil e menos onerosa ao Estado, reafirmando o papel da mulher na esfera doméstica (BADINTER, 1985).

O amor materno passou a ser vinculado ao instinto das mulheres, que assumiram a responsabilidade não apenas de garantir a sobrevivência de seus filhos, mas também de prepará-los para ocupar um papel responsável na sociedade.

Houve uma ampliação das responsabilidades atribuídas à maternidade com intensificação da valorização da figura de esposa-mãe, considerada a “rainha do lar” (CANI *et al.*, 2024). O foco ideológico deslocava-se, progressivamente, da autoridade paterna ao amor materno (ARIÉS, 1986).

Esse pensamento resultava da união do discurso econômico, que buscava o crescimento populacional e fortalecimento dos Estados-Nação, e do Liberal, com ideais de liberdade, igualdade e felicidade individual (SAULLO, 2016). A abordagem tinha a dupla vantagem de desobrigar uma metade da sociedade, enquanto garantia que as mulheres permanecessem submissas à família com o nobre objetivo de criar bons cidadãos para a nação. Dessa forma, atribui-se a indivíduos (nesse caso, as mulheres) a solução de um problema coletivo (IACONELLI, 2023).

Assim, entende-se que a construção da infância enquanto uma preocupação social ocorre paralelamente à reorganização da família moderna. A criança passa a ocupar uma posição central, demandando cuidado contínuo da família (RESENDE, 2017). A nova ordem econômica burguesa via a sobrevivência infantil como essencial, pois as crianças seriam a futura força de trabalho (ARIÉS, 1986).

O Brasil passou por um processo semelhante, com a chegada da família real portuguesa e sua corte ao Rio de Janeiro. Houve um processo de “reuropeização” dos costumes. Os higienistas atuaram nesse cenário, ajudando as famílias brasileiras a incorporar esses novos valores, promovendo urbanização e organização de núcleos familiares (MOURA; ARAÚJO, 2004).

O modelo de família burguesa, que se estabelece como dominante na sociedade capitalista, permanece vigente em sua essência até os dias atuais (POSTER, 1979). Persiste a ideia de que a mulher

deve assumir a responsabilidade por todas as etapas relacionadas à criação, cuidado e educação de uma criança, além de equilibrar essas demandas com os demais papéis sociais que desempenha (SANTOS; GALRÃO; SOUZA, 2024). Essa posição lhe confere poder e prestígio, contanto que suas ações permaneçam restritas ao espaço doméstico e familiar (CANI *et al.*, 2024).

Tais ideias foram reforçadas ao longo do último século por outra área do conhecimento também em formação, a Psicologia, que a partir de autores como Freud, Klein, Winnicott, Ainsworth, deu destaque ao papel da família, e especialmente da mãe, no desenvolvimento psicológico humano (SAULLO, 2016). Sugere-se que a ruptura no vínculo saudável entre mãe e filho pode afetar o bem-estar emocional na vida adulta.

Nessa perspectiva, pode-se compreender as construções sociais e culturais sobre a maternidade estão historicamente ligadas ao surgimento das noções de infância e às transformações nas relações familiares (RESENDE, 2017). A ideia do amor materno conforme entendido na maioria das sociedades contemporâneas origina-se de um contexto profundamente marcado pela economia e política, moldando os papéis de gênero e as atribuições de cada membro da família.

Observamos a abordagem da maternidade enquanto obrigação social nas obras de diversos autores. Anthony Giddens (1993) descreveu como a “invenção da maternidade” o processo pelo qual, em várias esferas das sociedades modernas, atribui-se à mãe um papel central no cuidado inicial dos filhos (p. 146). Segundo Scavone (2004), o modelo de maternidade associa a mulher à feminilidade, limitando sua função social e atribuindo-lhe todos os deveres na criação dos filhos. A autora enfatiza como a normatização do corpo feminino responsabiliza a mulher pela saúde da família, especialmente durante a gravidez e a amamentação (p. 135).

Nas obras de Elisabeth Badinter (1985), a naturalização da maternidade moderna é questionada, a partir da análise histórica da construção do “mito do instinto materno”, ou do amor espontâneo de toda

mãe pelo filho. O conceito perdura até os dias atuais, com o aleitamento no centro da visão moderna de maternidade (p. 145).

Nesse sentido, é possível refletir sobre a romantização da maternidade como uma construção social que pode impor uma vivência compulsória e desconsiderar a pluralidade de ser mulher (SANTOS; GALRÃO; SOUZA, 2024).

## **Amamentação: nutrindo a nova sociedade**

Pra nós, punk é quem amamenta enquanto enfrenta a guerra  
Os tanque, as roupas suja, a vida sem amaciante  
Bomba a todo instante, num quadro ao léu  
Que é só enquadro e banco dos réu, sem flagrante  
Até meu jeito é o dela  
Amor cego, escutando com o coração a luz do peito dela  
Emicida

Elizabeth Badinter inicia seu livro “Um amor conquistado” com dados das crianças nascidas em Paris em 1780. Das 21 mil crianças que nasceram, mil foram amamentadas pela mãe, mil foram amamentadas por amas de leite e 19 mil foram entregues para serem criadas longe das famílias. Recebiam um tratamento precário, insalubre e violento, e considerando que não havia um substituto aceitável para o leite materno, as taxas de mortalidade e morbidade eram altíssimas.

No século XVIII, a amamentação ganhou destaque por seu impacto na saúde infantil. Campanhas valorizaram o papel das mães biológicas, descredibilizando as amas de leite, como estratégia de imputar à mãe biológica a dedicação contínua à prole (MOURA; ARAUJO, 2004).

A amamentação diretamente no seio proporciona benefícios à mãe e ao bebê, a curto e em longo prazo, que vão além da nutrição. Os estímulos de sucção liberam hormônios como ocitocina e prolactina,

que fortalecem o vínculo entre mãe e filho. Os diversos estímulos dessa prática levam ao melhor desenvolvimento infantil, com grande impacto na saúde geral da criança (PÉREZ-ESCAMILLA *et al.*, 2023).

No entanto, ao invés de ser tratado como um processo que envolve trocas emocionais e sociais, a amamentação é frequentemente reduzida a uma função prática: a mulher oferece ao seu filho o “melhor alimento”, um leite seguro e completo, com enorme valor nutricional e imunológico para a saúde da criança (KALIL; AGUIAR, 2023).

A idealização da maternidade, fruto de contextos históricos e sociais, associou o valor feminino à capacidade de gerar, nutrir e cuidar, perpetuada por discursos médicos, religiosos e midiáticos adaptados às demandas sociais. Mais do que aleitar, esperava-se que a mãe renunciasse a qualquer desejo e objetivo fora do seio familiar, para manter o cuidado do lar.

Embora sejam processos biológicos, o cuidado materno e o aleitamento recebem seus significados e valores a partir das interpretações simbólicas e construções sociais a elas atribuídas (CANI *et al.*, 2024). Ainda que amamentar uma criança pareça um ato instintivo, seu sucesso envolve questões culturais, sociais e históricas (NUNES *et al.*, 2021).

A ideia de que mulheres possuem vocação natural para a maternidade e o aleitamento gera uma expectativa social de competência nata, muitas vezes ocultados o minimizando outras dimensões e desafios envolvidos na lactação (GIORDANI *et al.*, 2018). A amamentação é frequentemente abordada como essencial, prazerosa e recompensadora para a maternidade. No entanto, ela também traz limitações, afetando a autonomia das mulheres sobre seus corpos, suas relações com os parceiros e suas atividades profissionais (KALIL; AGUIAR, 2023).

É importante ressaltar que as expectativas sociais em relação à amamentação variam consideravelmente entre mulheres brancas e negras, sendo marcadas por uma história de desigualdade racial e violência estrutural. Durante o período de escravidão, as mulheres negras foram sistematicamente privadas do direito de amamentar

seus próprios filhos, muitas vezes forçadas a atuar como amas de leite para os filhos dos senhores, o que gerou grande impacto nas práticas de cuidado materno. O estereótipo das mães negras escravizadas e das amas de leite desencorajou muitas gerações mais velhas a se engajarem com o aleitamento (DE VANE-JOHNSON *et al.*, 2018).

Conforme discutido no texto, enquanto havia uma construção e exaltação da figura da mãe perfeita, amorosa, dedicada incondicionalmente à sua prole, ocorria o fechamento da família sobre si mesma, com intuito de proteger as crianças da “influência negativa” das amas de leite e serviçais, que até então eram responsáveis pela criação dos pequenos (MOURA; ARAUJO, 2004). Sendo assim, não se pode excluir dessa discussão o recorte de raça e classe, pois as pressões sofridas por essas mulheres estão muito distantes, historicamente e até os dias atuais.

Esse legado histórico reverbera até os dias de hoje, quando mulheres negras enfrentam ausência de políticas públicas de saúde adequadas, inclusive na promoção da amamentação. Além disso, muitas mulheres negras estão inseridas em mercados de trabalho precários, ocupando cargos no subemprego, o que dificulta o acesso a condições que favoreçam a amamentação prolongada, como licenças maternidade adequadas e apoio no local de trabalho (GYAMFI, 2021). A falta de políticas específicas voltadas para essas mulheres, somada ao racismo estrutural, resulta em uma questão social que agrava as dificuldades de amamentação e cuidados infantis na população negra.

Amamentar é frequentemente associado, pela sociedade, a um símbolo de status que reforça os valores atribuídos à maternidade e ao cuidado infantil. É papel da “boa mãe” minimizar a exposição dos filhos aos riscos, independente dos custos desses esforços para ela própria. Utilizar a amamentação indicador da conduta materna ideal reforça normas sociais que restringem o papel da mulher e geram sentimento de culpa e impotência em mães que não puderam ou não quiseram amamentar (KALIL; AGUIAR, 2023).

Maternidade e amamentação não são papéis sociais fixos automaticamente assimilados pelas mulheres. Trata-se de processos e demandas sociais, que envolvem resignificação, conflitos e redefinição de suas identidades sociais (GIORDANI *et al.*, 2018). Ao assumir essa perspectiva social, o ato de amamentar vai além da alimentação de crianças, mas revela o posicionamento e o papel da mulher na trama da sociedade.

Refletir sobre a pluralidade que molda as feminilidades e as maternidades é essencial para ampliar a compreensão sobre o que significa ser mulher e como a sociedade a enxerga. Promover esse diálogo nas academias de saúde é crucial para capacitar futuros profissionais a oferecerem um cuidado inclusivo, acolhendo todas as pessoas que buscam os serviços de saúde e evitando a perpetuação de qualquer forma de violência ou opressão (SANTOS; GALRÃO; SOUZA, 2024).

## **De família tradicional a família transformacional: novos tempos, novas perspectivas**

Mas é você que ama o passado  
E que não vê  
Que o novo sempre vem  
Belchior

Atualmente, os papéis sociais têm sofrido transformações estruturais profundas, influenciados pelas mudanças ideológicas, econômicas, políticas e sociais. Esse cenário impacta diretamente na organização dos modelos familiares. O modelo familiar tradicional burguês, com pai, mãe e filhos, antes idealizado, pouco a pouco passa a coexistir com novas conformações familiares (PANTOJA, 2023).

Pensar na família, parentalidade e especialmente na maternidade na contemporaneidade requer um exercício de ampliação do olhar para novas configurações, como adoção, inseminação artificial,

famílias homoafetivas, reconstituídas, e outras formas que se distanciam do modelo nuclear tradicional (SAULLO, 2016). Observa-se a ascensão de direitos familiares adquiridos na última década, especialmente pela população LGBTQIA+, com diversas composições familiares legitimadas legalmente (BOLISSIAN *et al.*, 2023).

Entretanto, embora legalmente a função do cuidado seja de responsabilidade da família, e não apenas da mãe, na prática a divisão social de gênero faz com que homens ainda estejam distantes do cuidado com sua prole (OLIVEIRA *et al.*, 2022). O aleitamento ainda é caracterizado, dentro do contexto da divisão sexual do trabalho, como uma responsabilidade exclusiva das mulheres cis, com base na perspectiva heteronormativa (BOLISSIAN *et al.*, 2023).

Embora o protagonismo dos processos de gestação, parto e amamentação ainda seja associado à mulher cis-heterossexual, as feministas negras e os movimentos sociais de pessoas lésbicas, gays, bissexuais, trans, travestis, queers, intersexuais, assexuais e outras identidades sexuais e afetivas (LGBTQIA+) têm apontado a importância de abordar a amamentação como um fenômeno social, levando em consideração a diversidade de gênero e sexualidades (COLLINS, 2019; LEE, 2019).

Apesar de todos os avanços e pesquisas da indústria de alimentos, o leite humano continua sendo o alimento padrão ouro para o bebê, e ainda não há substituto que se equipare a suas propriedades protetoras, nutricionais e imunológicas (MARTINEZ-LOCIO; HERMOSILLA, 2017). Embora os benefícios da amamentação sejam bem documentados e consolidados na literatura científica, certas afirmações posicionam a mãe como uma figura insubstituível, no desenvolvimento infantil, relegando a um papel secundário ou excluindo a relevância de outras formas de maternidade e cuidadores (SAULLO, 2016).

Seja por necessidade ou aspiração, atualmente as mulheres buscam independência e conforto por meio de suas carreiras acadêmicas, profissionais e financeiras. No entanto, enfrentam uma sobrecarga

devido às múltiplas responsabilidades e à desvalorização do trabalho doméstico. Embora tenham conquistado novos espaços, ainda lidam com o dilema de equilibrar suas conquistas e a pressão para cumprir papéis tradicionais, especialmente no cuidado e educação dos filhos. Os meios de comunicação reforçam esse ideal, promovendo a imagem da mãe perfeita, enquanto o papel paterno permanece secundário (PANTOJA, 2023).

Hoje em dia, além da ideia de maternidade construída ao longo da história por meio de fatores sociais e políticos, as mídias tradicionais e a internet têm grande influência sobre como as mulheres entendem e vivenciam a maternidade (EMÍDIO; SCALIANTE, 2022). As redes sociais são espaços que mostram uma maternidade idealizada, com mães felizes, bebês sorrindo, amamentação fácil e sem problemas, o que nem sempre reflete a realidade, especialmente para mulheres negras, periféricas e de baixa renda (PESCE; LOPES, 2020).

Campanhas de amamentação perpetuam a ideia de que crianças devem ser cuidadas por suas mães, deixando subentendido que estas precisam ser suas mães biológicas, já que intimidade, afeto, comunicação e aquisição de confiança só são possíveis através da amamentação, conforme dito em campanha. Materiais oficiais de promoção e orientação da amamentação reforçam essa prática como dever biológico, moral e cívico da mãe (KALIL; AGUIAR, 2023).

A promoção da amamentação frequentemente adota uma abordagem comum na área da saúde, de “informar para responsabilizar”, em uma aparente tentativa de modular o comportamento da mulher no sentido da amamentação a partir da culpa e temor de possíveis consequências físicas e psicológicas para seu filho (NOVAK; ALMEIDA, 2004). Esse modelo assistencial, verticalizado, impessoal e impositivo, revela-se inadequado para atender as demandas contemporâneas, incapaz de responder às necessidades das mulheres (SAULLO, 2016).

Os discursos oficiais raramente abordam os impactos sociais da amamentação, como o trabalho feminino ou a participação do companheiro nos cuidados com o bebê. A responsabilidade sobre a

amamentação é quase sempre atribuída à mulher, tratada como instrumento de política pública voltada à saúde infantil, e não como protagonistas do processo (KALIL; AGUIAR, 2021).

Uma política voltada para essa etapa da vida e para a relação do binômio mãe-filho deve reconhecer o impacto da amamentação sobre a mulher, com esforço físico e emocional, considerando ainda seus processos de adaptação e a rede de apoio que possui (SAMPAIO *et al.*, 2010). A assistência deve ainda prover suporte para que assuma esse novo papel social, sensível às emoções contraditórias e complexas que surgem, promovendo uma experiência que muitas vezes oscila entre fardo e desejo (NOVAK; ALMEIDA, 2004).

A maioria dos profissionais que atendem pessoas em processo de amamentação pertence à área da saúde. Apesar da prerrogativa estabelecida pelas Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos da Saúde (BRASIL, 2017), o ensino sobre diversidades nesse campo ainda está muito aquém da ideia (MONTEIRO; SANTOS; ARAÚJO, 2021), reforçando uma perspectiva de cuidado que não agrega diferentes realidades.

É importante destacar que a amamentação, com seus efeitos positivos sobre a morbidade e mortalidade infantil (BOCCOLINI; CARVALHO; OLIVEIRA, 2015) não perde sua relevância. Sempre que possível, deve ser protegida, incentivada e promovida. Quanto mais vulnerável uma população, maiores são os benefícios da amamentação (VICTORA *et al.*, 2016).

Contudo, é fundamental reconhecer a diversidade de interesses, possibilidades e configurações familiares. Sob a influência do determinismo biológico, as mulheres que, por qualquer razão, não podem amamentar são frequentemente colocadas em uma posição de “inferioridade” (NOVAK; ALMEIDA, 2004).

A discussão se concentra na maneira como a sociedade acolhe cuidados maternos que não incluem a amamentação, especialmente em contextos como adoção, casais homoafetivos, mães com condições

de saúde que contraindiquem o aleitamento ou outras formas de existência que, por diferentes razões, não comportem a prática.

Cabe pontuar ainda que em algumas dessas situações, a amamentação é possível, quando técnicas de manejo adequado são providas. Em casos de adoção, ou alguns casais LGBTQIA+, podem escolher induzir a lactação.

A lactação induzida permite que mães que não passaram pelo processo de gestação e parto sejam capazes de amamentar. Envolve processos motivacionais, combinados com orientações profissionais de estimulação das mamas através de ordenha, além de prescrição de medicamentos para compensar a falta de estímulo hormonal natural (MEDEIROS *et al.*, 2022).

A promoção da amamentação adotiva mostra-se vantajosa para todos os envolvidos. Para profissionais de saúde, representa o cumprimento de seu papel de apoio e incentivo ao aleitamento materno. Mães e filhos se beneficiam da proteção contra doenças, estímulo de crescimento saudável e fortalecimento de vínculo afetivo (NUNES *et al.*, 2021).

Outra alternativa é a colactação, em que a amamentação é compartilhada entre os responsáveis pela criança. A colactação pode ocorrer por diversas razões, como quando uma pessoa já está lactando no momento em que a parceira dá à luz, ou pelo desejo de experimentar o processo de amamentação, sendo possível também ser induzida (BOLISSIAN *et al.*, 2023).

O desafio é que mais profissionais que trabalham com amamentação estejam preparados para ofertar essas possibilidades à uma parcela maior da população.

## **Reflexões finais**

A vaca profana, cantada por Caetano Veloso, é também a dona das divinas tetas, distribuindo o bom leite ao bom merecedor. Um retrato

da dualidade da sociedade, que ao mesmo tempo submete mulheres à um tratamento machista, patriarcal, subjugado, e exalta a mãe como ser divino e onipotente capaz de tudo por sua prole. Assim, o valor da mulher ainda está atrelado ao cuidado que pode oferecer aos seus filhos, e conseqüentemente aos filhos que pode oferecer à sociedade. Valor este simbólico, e ancorado na culpa e exaustão. Para usufruir dessa posição, de “botar os cornos pra fora e acima da manada”, muitas mulheres sucumbem à maternidade compulsória, cuidado compulsório, amamentação compulsória.

Reconhecer e exaltar a pluralidade de existências, de organizações familiares, de núcleos de cuidado, é o primeiro passo para estruturar um sistema de saúde mais justo, equitativo e humanizado. Formar profissionais que compreendem a potência da diversidade é uma forma de promover a amamentação como prática saudável e prazerosa.

A prática de amamentar, que ajudou a fundamentar o mito da mãe perfeita, com cuidado líquido de sangue, suor, lágrimas e leite, integralmente dedicados à sua prole, também colocou sobre os ombros das mulheres mais uma expectativa. A obrigação de ser suficiente, de bastar apenas com seu corpo, para nutrir, acalmar, estimular, afagar. Um meio cômodo de dizer: “quem pariu Matheus, que o balance”, quase seguido de: “e me devolva quando estiver pronto”.

É possível e necessário pensar na desconstrução de mitos, na humanização das divinas tetas, sem deixar de exaltar e promover a estratégia de saúde potente que é a amamentação. Que o verso primeiro da canção, “respeito muito minhas lágrimas, mas ainda mais minha risada”, seja um convite para um aleitamento mais leve, com empenho nas dificuldades, mas foco nos objetivos e no processo, que deve ser a construção saudável de uma relação tão próxima, e que se reflete ao longo da vida. Que as múltiplas formas e possibilidades de cuidado sejam igualmente exaltadas, compreendidas e reconhecidas. A compreensão da história, da política, dos interesses envolvidos nas práticas cotidianas é essencial para melhoria da saúde e bem-estar,

para construções igualitárias e abrangentes. Repensar o que se considera intrínseco também é necessário e grandioso.

Amamentar é tão antigo quanto coetâneo.

## Referências

- ARIÉS, P. **História social da criança e da família**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1986.
- BADINTER, E. **Um amor conquistado**: o mito do amor materno. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.
- BOCCOLINI, C. S.; CARVALHO, M. L.; OLIVEIRA, M. I. C. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida no Brasil: revisão sistemática. **Revista de Saúde Pública**, v. 49, p. 1-15, 2015.
- BOLISSIAN, A. M. *et al.* Aleitamento humano e a perspectiva da interseccionalidade queer: contribuições para a prática inclusiva. **Interface (Botucatu)**, v. 27, p. e220440, 2023. doi: 10.1590/interface.220440.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 569, de 8 de dezembro de 2017**. Princípios gerais para as diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação da área da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
- CANI, T. H. D. *et al.* As vivências da ansiedade materna no ciclo gravídico-puerperal. **Monumenta**, Paraíso do Norte, PR, v. 8, n. 8, p. 211-228, jul. 2024.
- COLLINS, P. H. **Pensamento feminista negro**: conhecimento, consciência e política do empoderamento. São Paulo: Boitempo, 2019.
- DE VANE-JOHNSON, S. *et al.* A qualitative study of social, cultural and historical influences of African American women's infant feeding practices. **The Journal of Perinatal Education**, v. 27, n. 2, p. 71-85, 2018.

- DUTRA, R. K. D. et al. Representação social da amamentação: estudo entre gestantes. **Motricidade**, v. 8, supl. 2, p. 134-141, 2012.
- EMÍDIO, T. S.; SCALIANTE, G. B. O ideal de maternidade nos espaços virtuais: um estudo sobre a percepção da maternidade de “mommy influencers” no Instagram. **Estudos Interdisciplinares em Psicologia**, v. 13, p. 01-21, 2022.
- GIDDENS, A. **A transformação da intimidade**: sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas. São Paulo: Editora Unesp, 1993.
- GIORDANI, R. C. F. *et al.* Maternidade e amamentação: identidade, corpo e gênero. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 8, p. 1461-1470, 2018. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018238.14612016>.
- GYAMFI, A. *et al.* Black/African American breastfeeding experience: cultura, sociological and health dimensions through an equity lens. **Breastfeeding Medicine**, v. 16, n. 12, 2021.
- IACONELLI, V. **Manifesto antimaternalista**: psicanálise e políticas da reprodução. Rio de Janeiro: Zahar, 2023.
- KALIL, I. R.; AGUIAR, A. C. A boa mãe lactante: percepções maternas sobre amamentação e desmame. **Physys: Revista de Saúde Coletiva**, v. 33, n. 15, 2023. doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-7331202333090>.
- KALIL, I. R.; AGUIAR, A. C. Aquilo que a amamentação retira e o desmame restaura: relatos maternos sobre tensionamentos e materiais de comunicação e informação em saúde. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, v. 15, n. 3, p. 597-613, 2021. doi: <https://doi.org/10.29397/reciis.v15i3.2328>.
- LEE, R. Queering lactation: contributions of queer theory to lactation support for LGBTQIA2S+ individuals and families. **Journal of Human Lactation**, v. 35, n. 2, p. 233-238, 2019. doi: 10.1177/0890334419830992.

- MARTINEZ-LOCIO, L.; HERMOSILLA, M. Razones de abandono de la lactancia materna em madres con hijos menores de 2 años. **Memorias del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud**, v. 15, n. 2, p. 73-78, 2017.
- MEDEIROS, G. A. *et al.* Os benefícios da lactação induzida. In: **I ExpoUAM da Universidade Anhembi Morumbi**, 2022, São Paulo. Anais... São Paulo: Universidade Anhembi Morumbi, 2022. v. 1, n. 1, p. 72.
- MONTEIRO, R. B.; SANTOS, M. P. A.; ARAUJO, E. M. Saúde, currículo, formação: experiências sobre raça, etnia e gênero. **Interface (Botucatu)**, v. 25, p. e200697, 2021. doi: 10.1590/interface.200697.
- MOURA, S. M. S. R.; ARAÚJO, M. F. A maternidade na história e a história dos cuidados maternos. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 24, n. 1, p. 44-55, 2004.
- NOVAK, F. R.; ALMEIDA, J. A. G. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. **Jornal de Pediatria (Rio de Janeiro)**, v. 80, n. 5, supl., p. 7-10, 2004. doi: <https://doi.org/10.1590/S0021-75572004000700002>.
- NUNES, B. R. S. *et al.* Discursos de mulheres e de profissionais de saúde sobre amamentação adotiva. **Journal of Nursing and Health**, v. 11, n. 2, 2021.
- OLIVEIRA, M. A. S. *et al.* Papel paterno nas relações familiares: revisão integrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 35, 2022. doi: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022AO0306345>.
- PANTOJA, J. C. A representação sociocultural da maternidade: uma análise no processo de construção do instinto e do mito do amor materno. **Research, Society and Development**, v. 12, n. 6, e24712642259, 2023.
- PÉREZ-ESCAMILLA, R. *et al.* Breastfeeding: crucially important, but increasingly challenged in a market-driven world. **The Lancet**, v. 401, p. 472-485, 2023.

- PESCE, L. R.; LOPES, R. C. S. “O Lado B da Maternidade”: um estudo qualitativo a partir de blogs. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 1, 2020. doi: 10.12957/epp.2020.50825.
- POSTER, M. Modelos de Estrutura da Família. In: POSTER, M. **Teoria Crítica da Família**. Rio de Janeiro: Zahar, 1979. Cap 7, p. 185-224.
- RESENDE, D. K. Maternidade: uma construção histórica e social. **Pretextos – Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas**, v. 2, n. 4, 2017.
- SAMPAIO, M. A. *et al.* Psicodinâmica interativa mãe-criança e desmame. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 26, n. 4, p. 613-621, 2010.
- SANTOS, G. C.; GALRÃO, P. L.; SOUSA, L. C. B. Quem disse que ser mulher é ser mãe? Feminilidade(s) e maternidade(s). **Saúde e Sociedade**, v. 33, n. 1, 2024. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902024220388pt>.
- SAULLO, R. F. M. **A amamentação e o mito da maternidade perfeita: dialogia e transformações no encontro com o bebê**. 2016. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/item/002848641>. Acesso em: 21 dez. 2024.
- SCAVONE, L. **Dar a vida e cuidar da vida**: feminismo e ciências sociais. São Paulo: Editora Unesp, 2004.
- VICTORA, C. G. *et al.* Breastfeeding in the 21st Century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. **The Lancet**, v. 387, 2016.

# Sobre as autoras e os autores

## **Alexandra Dias Moreira**

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública e docente permanente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFMG. Vice-líder do Núcleo Interdisciplinar de Estudos e Pesquisas em Epidemiologia (NIEPE), pesquisadora do Núcleo de Pesquisa em Informática Aplicada à Saúde – NP – Infosaúde UFMG. Tem experiência na área de Atenção Primária à Saúde e doenças crônicas não transmissíveis. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4477-5241>. E-mail: alexandradm84@gmail.com.

## **Alice Murad Mazzini**

Médica. Membro do Núcleo de Pesquisa em Política, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva (Nupgasc). Orcid: <https://orcid.org/0009-0007-5255-8689>. E-mail: alicemmazzini@gmail.com.

## **Ariane Silva Carvalho**

Farmacêutica. Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes). Membro do Núcleo de Pesquisa em Política, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva (Nupgasc). Orcid: <https://orcid.org/0009-0001-2072-9953>.

### **Camila Lampier Lutzke**

Dentista. Mestre e doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-6839-3902>. E-mail: camilalampier@gmail.com.

### **Cândida Caniçali Primo**

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Professora na Universidade Federal do Espírito Santo. Membro do Núcleo de Pesquisa em Política, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva (Nupgasc) e do CuidarTech. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5141-2898>. E-mail: candidaprimo@gmail.com.

### **Dherik Fraga Santos**

Enfermeiro. Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes). Docente Adjunto da Universidade Federal de Catalão (UFCAT). Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9351-7185>. E-mail: dherik@ufcat.edu.br.

### **Eliane de Fátima Almeida Lima**

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes). Membro do Núcleo de Pesquisa em Política, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva (Nupgasc). Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5128-3715>. E-mail: elianelima66@gmail.com.

### **Erika Maria Sampaio da Rocha**

Médica. Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes). Docente Adjunta da Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB), campus Paulo Freire. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4347-0531>.

### **Fabiana Turino**

Farmacêutica. Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes). Membro do Núcleo de Pesquisa em Política, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva (Nupgasc). Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5291-1346>.

### **Fabíola Fernandes Bersot Magalhães**

Fisioterapeuta. Mestre e doutoranda em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes). Especialista em Traumatologia-Ortopedia e Acupuntura e Eletroacupuntura Chinesa (MTC). Membro do Grupo de Pesquisa Rizoma: Saúde Coletiva & Instituições e do Núcleo de Pesquisa em Política, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva (Nupgasc). Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2979-1120>.

### **Fernanda Có Gomes Tardin**

Médica. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes). Neonatologista no Hospital Francisco de Assis (ES). Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6147-0394>.

### **Flavia Borges de Deus**

Psicóloga. Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória (ES). Orcid: <https://orcid.org/0009-0004-7041-2972>. E-mail: [flaviabd84@gmail.com](mailto:flaviabd84@gmail.com).

### **Gisele Lima de Freitas**

Enfermeira. Doutorado em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação de Enfermagem da UFMG. Coordena o grupo de estudos Saúde na Rua, na UFMG. É membro do Grupo de Estudos Epidemiológicos Operacionais da Tuberculose (GEOTB) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP, da Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose (REDE-TB), sendo coordenadora da área temática de Proteção Social. Integrante da Coordenação do

Observatório Brasileiro de Políticas Públicas com a população em situação de rua, plataforma vinculada ao Programa Polos de Cidadania da UFMG. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8118-8054>. E-mail: gisellelf@ufmg.br; gisellelf18@gmail.com.

### **Greyce Pollyne Santos Silva Minarini**

Enfermeira. Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes). ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0935-9098>. E-mail: greyce.minarini@gmail.com.

### **Heloisa de Carvalho Torres**

Enfermeira. Doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública-FIOCRUZ. Professora Visitante do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo. É membro do Grupo de Estudos Núcleo de Pesquisa em Política, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5174-3937>. E-mail: heloisa.torres@ufes.br.

### **Heloisa Ivone da Silva de Carvalho**

Doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal do Espírito Santo (PPGE/UFES). Mestre pelo PPGEF/UFES. Atua como Pedagoga da Rede de Vitória (ES). Pesquisadora do Laboratório de Pesquisas de Violências contra as Mulheres/UFES. Integrante do Grupo de Pesquisa Formação em Saúde e Trabalho/UFES e do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Subjetividade e Políticas (Nepesp). Coordenadora do Fórum Nacional de Mulheres Negras (Diretório CNPq). Membro do Colegiado do NEAB/UFES. Pesquisadora do Grupo Hannah Arendt e a Filosofia Política Contemporânea da Universidade Estadual de Londrina (UEL) (Diretório CNPq). Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7855-4853>.

### **Jandesson Mendes Coqueiro**

Enfermeiro. Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes). Líder do Grupo de Pesquisa Rizoma: Saúde Coletiva & Instituições. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5321-5174>.

### **Júlia Fabres do Carmo**

Fisioterapeuta. Doutoranda em Saúde Coletiva (Ufes). Fisioterapeuta do Centro de Referência de Atendimento ao Idoso do Município de Vitória (ES). Membro do Grupos de Pesquisa Rizoma: Saúde Coletiva & Instituições (Ufes). Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0870-1859>.

### **Karine Ribeiro Nunes da Pureza**

Enfermeira. Mestre em Administração de empresas pela FUCAPE. Membro da COMISAE. Membro do projeto de redução de infecções em cesariana no HUCAM. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5445-1438>.

### **Lorrayne Cesario Maria**

Dentista. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Clínica Odontológica pela Universidade Federal do Espírito Santo. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9150-6159>. E-mail: lorryne0513@gmail.com.

### **Marcelo Eliseu Sipioni**

Nutricionista. Mestre e doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes). Professor na Universidade Vila Velha (UVV/ES). Membro do Núcleo de Pesquisa em Política, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva (Nupgasc). Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1536-6374>.

### **Márcia de Assunção Ferreira**

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora titular da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Pesquisadora 1B do CNPQ. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6991-7066>. E-mail [marcia.eean@gmail.com](mailto:marcia.eean@gmail.com).

### **Marcos Antônio Gomes Brandão**

Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Professor associado da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Pesquisador 1B do CNPQ. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8368-8343>. E-mail [marcosantoniogbrandao@gmail.com](mailto:marcosantoniogbrandao@gmail.com).

### **Maria Angélica Carvalho Andrade**

Médica. Mestre em Psicologia Social pela Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes) e doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz). Professora do Departamento de Saúde Coletiva e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes). Membro do Núcleo de Pesquisa em Política, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva (Nupgasc). Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3690-6416>. E-mail: [geliandrade@gmail.com](mailto:geliandrade@gmail.com).

### **Maria Aparecida Moreira Raposo**

Enfermeira e Advogada. Doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo. Enfermeira no Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes e na Secretaria Municipal de Saúde de Vitória (ES). Desenvolve suas atividades na Área Técnica de Saúde da Pessoa Idosa. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4475-7553>. E-mail: [mamraposo@yahoo.com.br](mailto:mamraposo@yahoo.com.br).

### **Maria Elizabeth Barros de Barros**

Psicóloga. Doutora em Educação pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Professora do Departamento de Psicologia da Ufes. Coordenadora do Programa de Formação e Investigação em Formação em Saúde e Trabalho/PFIST/NEPESP/CNPq. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1123-4374>.

### **Maria Helena Monteiro de Barros Miotto**

Dentista. Doutora em Odontologia. Professora permanente na Universidade Federal do Espírito Santo, no programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva e programa de Pós Graduação em Ciências Odontológicas. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3227-7608>. E-mail: [mhmiotto@terra.com.br](mailto:mhmiotto@terra.com.br).

### **Priscilla Ferreira Silva**

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora adjunta do Departamento de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5134-2914>. E-mail: [priscilla.f.silva@ufes.br](mailto:priscilla.f.silva@ufes.br).

### **Rita de Cássia Duarte Lima**

Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Professora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes). Coordenadora do Núcleo de Pesquisa em Política, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva (Nupgasc). Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5931-398X>.

### **Sandra Maria Bissoli**

Assistente social. Especialista em saúde da pessoa idosa. Especialista em gerenciamento de unidades básicas de saúde do Sistema Único de Saúde-SUS. Especialista em serviço social e políticas sociais. Assistente social e chefe de equipe da Área Técnica de Saúde da Pessoa Idosa da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória (ES). Orcid: <https://orcid.org/0009-0008-5957-657X>. E-mail: [sandrabisoli10@gmail.com](mailto:sandrabisoli10@gmail.com).

### **Scheila Defante Peres**

Fisioterapeuta. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes). Membro

do Núcleo de Pesquisa em Política, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva (Nupgasc). Orcid: <https://orcid.org/0009-0001-1769-9247>.

### **Stephania Mendes Dermachi**

Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes). Membro do Núcleo de Pesquisa em Política, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva (Nupgasc). Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2403-8842>.

### **Suzana Antônio**

Enfermeira. Mestre em Enfermagem (UERJ). Doutoranda em Saúde Coletiva (Ufes). Professora Assistente do Departamento de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes). Membro do Núcleo de Pesquisa em Política, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva (NUPGASC). Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-6157-3759>. E-mail: [suzananv@hotmail.com](mailto:suzananv@hotmail.com).

### **Wânia Ribeiro Trindade**

Enfermeira. Doutoranda em Saúde Coletiva na Universidade Federal do Espírito Santo. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7372-5297>.

