

O PAPEL SOCIAL DO MÉDICO



EMANUELA MIRANDA LIMA SANCHO
(ORG.)



O PAPEL SOCIAL DO MÉDICO



EMANUELA MIRANDA LIMA SANCHO
(ORG.)



Reservados todos os direitos de acordo com a legislação em vigor.

O PAPEL SOCIAL DO MÉDICO

Coordenação editorial

Priscila Goes

Paginação

Célia Rosa

Revisão

Mariana Sousa

www.faresi.edu.br

Ficha Catalográfica elaborada por:

Keite Birne de Lira – Bibliotecária

CRB: 5/1953

P214 O papel social do médico. / Organizadora: Emanuela Miranda Lima
Sancho. – Conceição do Coité, BA: Editora FARESI, 2026.
130f.: il.

ISBN: 978-65-984742-3-2

1. Medicina social. 2. Médico. 3. Saúde ambiental. 4. Educação
em saúde. I. Sancho, Emanuela Miranda Lima. II. Título.

CDD: 306.461

Sumário

Apresentação	7
Da clínica à cidadania: fundamentos éticos, sociais e políticos do papel contemporâneo do médico	
Emanuela Miranda Lima Sancho.....	9
O médico e a responsabilidade social da cura	
João Ricardo Pinto Lopes.....	23
A construção histórica do papel social do médico: sacerdote ou empresário? - Fernanda Anjos Bastos	39
Ambiente, água e saneamento: importância do seu entendimento na formação e no exercício da profissão do médico e demais profissionais da saúde	
Luiz Roberto Santos Moraes.....	59
Educação e o papel social do médico: formar para cuidar, cuidar para formar - Gabriely Dias Ângelo Manetta	93
Corpos, territórios e vulnerabilidades: anatomia como instrumento de crítica social na formação em saúde -	
Roberto Ferreira de Oliveira.....	103
Os benefícios sociais da medicina na vida das mulheres - Jurandir Lopes Carneiro	115

APRESENTAÇÃO

A Medicina ocupa um lugar singular na sociedade, ela se constitui como uma prática profundamente humana, pautada pela ética, pela responsabilidade social e pelo compromisso com a promoção da vida. Em um cenário marcado por desafios sanitários, desigualdades sociais e constantes transformações científicas, torna-se indispensável refletir sobre o verdadeiro papel do médico na construção de uma sociedade mais justa e saudável.

A obra “O Papel Social do Médico” reúne pesquisadores, docentes e profissionais da área da saúde para discutir, sob diferentes perspectivas, a missão da medicina para além do consultório e do ambiente hospitalar. Ao longo dos capítulos, o leitor é convidado a compreender como a atuação médica dialoga com a cidadania, a educação, a gestão em saúde, as políticas públicas, a sustentabilidade, a humanização do cuidado e os determinantes sociais que influenciam o processo saúde-doença.

A coletânea inicia-se com “Da clínica à cidadania: fundamentos éticos, sociais e políticos do papel contemporâneo do médico”, ampliando o debate sobre a função social da profissão. Em seguida, “O médico e a responsabilidade social da cura aprofunda a reflexão sobre ética, dignidade humana e compromisso coletivo”. O capítulo “A construção histórica do papel social do médico: sacerdote ou empresário?” apresenta uma análise crítica das transformações da identidade profissional diante das demandas contemporâneas.

Complementam a obra discussões fundamentais sobre “Ambiente, água e saneamento: importância do seu entendimento na formação e no exercício da profissão do médico e demais profissionais da saúde”; “Educação e o papel social do médico: formar para cuidar, cuidar para formar”; “Corpos, territórios e vulnerabilidades: anatomia como instrumento de crítica social na formação em saúde”; e “Os benefícios sociais da medicina na vida das mulheres”, evidenciando que a prática médica está intrinsecamente ligada às dimensões sociais, ambientais, educacionais e humanas do cuidado.

Este livro propõe reflexões capazes de fortalecer uma medicina comprometida com a ciência, a equidade e a dignidade humana. Que estas páginas inspirem estudantes, docentes, médicos e demais profissionais da saúde a reconhecerem que cuidar da saúde também significa compreender pessoas, realidades e contextos, reafirmando o papel transformador da medicina na sociedade contemporânea.

DA CLÍNICA À CIDADANIA: FUNDAMENTOS ÉTICOS, SOCIAIS E POLÍTICOS DO PAPEL CONTEMPORÂNEO DO MÉDICO

Emanuela Miranda Lima Sancho¹

—◆—

Na mesma manhã, duas crianças nasceram no Brasil. Uma em um hospital privado de São Paulo. Outra em uma maternidade do interior do Maranhão. Ambas nasceram com o mesmo peso, o mesmo Apgar e o mesmo potencial biológico. Ainda assim, suas expectativas de vida já eram diferentes antes mesmo da primeira consulta pediátrica. Para você, leitor, isso lhe parece justo? Para mim, definitivamente, não! E nós podemos e, mais, devemos fazer algo para mudar isso!

1 INTRODUÇÃO

Eu diria que, antes de qualquer outra coisa, o exercício da medicina é um exercício de compaixão. Há de incomodarmos-nos com o desconforto alheio. Há de despertar em nós o desejo de tentar aliviar a dor do outro, no que estiver ao nosso alcance, entendendo que, inclusive, o nosso alcance é bem pequeno; mas entendendo também que há dores das mais variadas naturezas e, não raro, podemos auxiliar em algumas delas.

¹ Médica Endocrinologista | RQE 20039; Clínica Médica | RQE 17321; Especializanda em Saúde Pública pela ESPBA; Professora de Medicina na Faculdade da Região Sisaleira (FARESI); Projeto de Educação em Diabetes.

Vivemos num país onde, infelizmente, o adoecimento em si, a natureza de suas causas, bem como os índices de mortalidade estão condicionados diretamente a uma gritante desigualdade social. Se nós, profissionais de saúde, não nos incomodarmos com isso, estaremos cegos, apáticos ou indiferentes... Nenhuma das três condições cabe.

2 OS NÚMEROS DA DESIGUALDADE NO BRASIL

Somos uma nação de 213,5 milhões de pessoas, em 2026 (Wordmeters, 2026), e, segundo o Fundo Monetário Internacional, o Brasil deverá apresentar Produto Interno Bruto (PIB) nominal de aproximadamente US\$ 2,64 trilhões em 2026, ocupando a 10^a posição entre as maiores economias do mundo. Este gigante, porém, traz consigo uma dura realidade: uma larga e devastadora desigualdade social, com dezenas de milhões de pessoas vivendo abaixo da linha da pobreza, profundas desigualdades regionais, insegurança alimentar e importantes diferenças na expectativa de vida entre grupos sociais e territórios. Esse paradoxo evidencia que o tamanho da economia, por si só, não garante justiça social nem equidade em saúde.

No Brasil, em 2024, o 1% da população com maiores rendimentos (cerca de 2,03 milhões de pessoas) recebia 36,2 vezes o rendimento dos 40% da população de menor renda (cerca de 81 milhões de pessoas), sendo esse também o menor valor da série histórica (IBGE, 2024). Por sua vez, os 10% da população com maiores rendimentos recebiam 13,4 vezes o rendimento dos 40% da população de menor renda (IBGE, 2024). Ou seja, no Brasil, pouco mais de 2 milhões de pessoas concentram uma renda média individual que supera em mais de 30 vezes a renda de aproximadamente 80 milhões de brasileiros situados na base da pirâmide social.

Comparando-se a população 1% mais rica versus 1% mais pobre no Brasil, com base em dados do IBGE (PNAD Contínua 2024), tem-se que, no grupo de 1% mais ricos, a renda média mensal domiciliar per capita é de aproximadamente R\$ 20.000,00 a R\$ 25.000,00 por mês. Enquanto isso, no grupo de 1% mais pobre, a renda média mensal domiciliar per capita é de aproximadamente R\$ 100,00 a R\$ 200,00 por mês. Ou seja, o indivíduo no topo da pirâmide ganha, sozinho, o equivalente ao rendimento mensal de mais de 100 a 150 pessoas na base extrema da distribuição.

Índice de Gini do rendimento domiciliar per capita: 0,506, em 2024 (menor valor da série iniciada em 2012) (IBGE, 2024). O Índice de Gini permite quantificar a desigualdade na distribuição de renda, variando de 0 (igualdade perfeita) a 1 (desigualdade máxima). No Brasil, valores próximos de 0,50 indicam elevada concentração de renda, como reforçam os números apresentados a seguir.

Segundo análise do Ipea, em 2024, 4,8% da população estava abaixo da linha de extrema pobreza (US\$ 3,00 por dia) e 26,8% abaixo da linha de pobreza (US\$ 8,30 por dia). Em números absolutos, considerando a população do país no ano de 2024 (cerca de 203 milhões), estamos falando de aproximadamente 9,7 milhões de brasileiros abaixo da linha de extrema pobreza e de aproximadamente 54 milhões de brasileiros abaixo da linha de pobreza (Ipea, 2024).

O Brasil utiliza referências internacionais do Banco Mundial, definindo como ponto de corte da linha de pobreza o ganho diário de US\$ 8,30 por dia (PPC) (aproximadamente R\$ 650,00 a R\$ 700,00 por mês por pessoa) e, para a linha de extrema pobreza, o valor de US\$ 3,00 por dia (aproximadamente R\$ 200,00 a R\$ 250,00 por mês) (Banco Mundial, 2023). Além das gritantes diferenças en-

tre os extremos econômicos, existe ainda uma questão de disparidade territorial. Segundo o IBGE, o rendimento domiciliar per capita varia de R\$ 1.219,00, no Maranhão, a R\$ 4.538,00, no Distrito Federal.

A desigualdade de renda no Brasil atinge um nível em que um indivíduo no topo da distribuição pode concentrar renda equivalente à de mais de uma centena de indivíduos na base extrema. Esses números não são apenas econômicos. Eles se transformam em alimentação inadequada, moradia precária, acesso tardio ao diagnóstico e ao tratamento, maior mortalidade precoce, produzindo desfechos de saúde profundamente desiguais.

Quando pensamos em termos de determinantes sociais da saúde, sabe-se que renda, educação, território, raça/cor, gênero, trabalho, saneamento e violência interferem diretamente no conceito de saúde-doença, bem como nos índices de morbimortalidade. Segundo o Relatório sobre Determinantes Sociais da Saúde da Organização Pan-Americana da Saúde, as desigualdades sociais podem encurtar décadas de vida saudável, reforçando o chamado “gradiente social da saúde” (WHO, 2025).

Analisemos os seguintes dados:

- No diagnóstico do SNIS (módulo Água e Esgoto), o índice de atendimento total de água (rede pública) foi de 84,9% (ano de referência indicado no documento), correspondendo a 171.042.954 habitantes (Brasil, 2023).

O Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento aponta que 84,9% da população brasileira tem acesso à rede de abastecimento de água, o que significa que cerca de 15% ainda vivem sem esse direito básico (Brasil, 2023). O saneamento inadequado impacta diretamente: doenças diarreicas,

arboviroses, leptospirose, parasitoses e mortalidade infantil. Não se trata apenas de infraestrutura; trata-se de risco infeccioso, de mortalidade infantil e de hospitalizações evitáveis.

- As desigualdades sociais se verificam seja dentro de um mesmo local, seja entre diferentes territórios.

Em 2025, o rendimento domiciliar per capita nominal no Brasil foi de R\$ 2.316,00, variando de R\$ 1.219,00 (Maranhão) a R\$ 4.538,00 (Distrito Federal), uma diferença que ajuda a explicar por que “o lugar onde se nasce” modifica o acesso à alimentação, à moradia, ao transporte e ao cuidado (IBGE, 2025).

A Organização Mundial da Saúde consolidou essa compreensão ao afirmar que as condições em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem moldam os desfechos em saúde. São os chamados determinantes sociais da saúde. Esses determinantes se materializam na desigualdade territorial, na insegurança alimentar, na violência urbana e na ausência de saneamento adequado. No Brasil, isso se traduz em: desigualdade racial na mortalidade materna; maior mortalidade por causas externas entre jovens negros; maior prevalência de doenças crônicas em populações vulneráveis; maior internação por condições sensíveis à Atenção Primária em territórios com menor cobertura qualificada; e assim por diante.

Jaime Breilh propõe uma abordagem crítica ao afirmar que “os processos de saúde-doença são determinados pelas formas de organização social e econômica” (Breilh, 2006). Essa perspectiva amplia o olhar médico, permitindo compreender que doenças crônicas, infecciosas e causas externas compartilham raízes estruturais. A clínica, nesse sentido, deve dialogar com a epidemiologia e com a política.

3 A CONSTRUÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A construção do Sistema Único de Saúde representa um marco na história brasileira. Sérgio Arouca, um dos principais formuladores da Reforma Sanitária, defendia que “a saúde não é apenas ausência de doença, mas resultado das condições de vida e organização social” (Arouca, 1975). A Constituição Federal de 1988 consolidou essa visão ao definir a saúde como direito de todos e dever do Estado (Brasil, 1988).

Desta forma, o SUS tem por meta um ousado objetivo: garantir a toda a população o acesso a recursos diagnósticos e terapêuticos, independentemente de classe social, gênero, etnia ou qualquer outra categorização. O SUS, portanto, não é apenas um sistema de serviços. É um projeto político de equidade.

Sabemos, contudo, que, embora muito completo em sua teoria, o Sistema Público de Saúde enfrenta uma série de dificuldades, seja com subfinanciamento, seja com a má gestão do dinheiro público, entre outras, resultando em não conseguir cobrir a população de forma equânime. No Brasil, mais de 150 milhões de indivíduos dependem exclusivamente do SUS, enquanto cerca de 52 milhões recorrem a planos de saúde privados (ANS, 2024). Essa segmentação produz tensões no acesso a especialistas, procedimentos e diagnósticos de alta complexidade.

Com todas as dificuldades, o SUS permanece como a maior política pública redistributiva do país. Motivo pelo qual é impossível falar em papel social do médico sem falar na defesa de um SUS cada vez mais independente, valorizado, respeitado e priorizado em suas demandas para o melhor atendimento à população.

4 ATUAÇÃO SOCIAL DO MÉDICO

São inúmeros os pontos de encontro entre a atuação médica e a luta por justiça social.

Antes e independentemente de qualquer coisa, cada um de nós, como cidadãos e eleitores, precisa se apropriar do valor de nossos votos e da responsabilidade que temos ao fazer escolhas, pensando em gestores comprometidos com o bem-estar social e com a ética no fazer público.

Para além disso, o médico pode lutar por equidade em várias esferas, seja dentro de seu consultório, seja entre seus pares, seja por meio da educação em saúde, seja por meio de políticas públicas, em seu município, estado e, por que não, país.

4.1 O MÉDICO EM “SUA CASA”: A CONSULTA MÉDICA

Atender bem, com ética, responsabilidade social, visando ver o indivíduo como um todo, sua situação de vida, sua realidade social, adaptando a linguagem e as prescrições, de forma que o benefício seja efetivo ao paciente, é uma forma de praticar equidade social.

Educar o paciente com relação à sua condição de saúde e fornecer-lhe as ferramentas necessárias para seu autocuidado. Realizar os encaminhamentos necessários, dentro das políticas públicas, solicitar o fornecimento de medicamentos de alto custo disponibilizados pelo SUS, fornecer relatórios de encaminhamentos médicos dentro da rede; todas essas são formas de tentar mitigar desigualdades sociais na saúde. O cuidado bem realizado é um ato de equidade social.

Além disto, na consulta médica é possível identificar problemas de vulnerabilidade social, como insegurança alimentar, maus-tratos, violência doméstica, entre tantos outros proble-

mas deste jaez. Para cada um deles, guardadas as devidas proporções, o médico pode oferecer uma perspectiva e uma solução ao paciente. Alguns deles, inclusive, possuem dever legal de fazê-lo, a despeito do desejo do paciente, como é o caso da identificação de maus-tratos em menores (Brasil, 1990). O dever social do médico não se limita ao tratamento das doenças; inclui a proteção de pessoas em situação de vulnerabilidade, especialmente quando a lei lhe atribui esse papel como agente da rede de proteção (CFM, 2019).

Sobre as questões de insegurança alimentar, o médico que atendeu o paciente pode encaminhá-lo para o setor de Assistência Social do município, solicitando sua inclusão em programas de auxílio a pessoas de extrema baixa renda. Alguns estados têm programas específicos para isto. E isto faz toda a diferença na vida de uma família. O chamado “túnel da fome” impede que milhares de crianças frequentem a escola, desenvolvam-se adequadamente, gera uma série de problemas de saúde que se resolvem com uma simples medida: alimentar-se! Algo que deveria ser devidamente garantido a todos nós!

Uma outra forma de agir com equidade dentro dos sistemas de saúde é qualificar a prevenção real: orientação e encaminhamentos para vacinação, rastreios baseados em risco, orientações e programas de cessação do tabagismo, etilismo e uso de drogas, bem como os devidos encaminhamentos dentro das redes de atenção e cuidado do diabetes e da hipertensão, com metas possíveis e pactuadas.

Resumidamente, em uma consulta, um médico pode e deve:

- Adaptar a prescrição à realidade socioeconômica.
- Priorizar a prevenção baseada em risco.
- Reduzir exames desnecessários ao paciente.
- Comunicar-se com linguagem acessível.

- Educar o paciente quanto à sua saúde e ao tratamento.
- Orientar quanto a medidas de promoção da saúde, bem como políticas públicas e linhas de cuidado que possam auxiliar o paciente.
- Combater a desinformação científica.
- Auxiliar pacientes em situação de vulnerabilidade, fazendo os encaminhamentos devidos de acordo com a natureza dessa vulnerabilidade.

Cada consulta é uma micro-intervenção em justiça social.

4.2 O MÉDICO COMO EDUCADOR

Particularmente, como defensora voraz da Educação em Saúde e na Saúde (Falkenberg, 2014), além de docente de Medicina, não poderia deixar de abordar esta importantíssima ferramenta de transformação social.

Para mim, um país muda quando sua nação se educa. E, para mim, o conhecimento ilumina e liberta os indivíduos para uma experiência de vida mais justa e digna. Não pode, então, o médico se furtar a essa tarefa. Seja no seu dia a dia com seus pacientes, dentro do consultório médico, nas palestras e cursos ofertados aos pacientes, mas também na conscientização dos seus pares, sejam eles médicos ou outros profissionais da saúde, no sentido de estimular o letramento do paciente a respeito das suas condições de saúde, mas também, no que for possível, o auxílio mútuo entre pares para uma melhor prática do cuidado ofertado ao paciente.

Quando falamos em docência, este leque se amplia ainda mais. Ao atuar na formação de futuros médicos, podemos estimular a formação de profissionais sensíveis às questões sociais, proativos e mobilizados com o cuidado real que é ofertado ao paciente. Podemos favorecer a formação de pro-

fissionais com uma visão crítica do mundo ao seu redor, que percebam os efeitos dos determinantes sociais da saúde na morbimortalidade e, assim, na qualidade e na expectativa de vida da população; e, mais, profissionais que estejam dispostos a lutar em prol dos seus pacientes.

Formar médicos conscientes significa elevar os índices de saúde de uma nação.

Além disso, o médico pode se engajar em campanhas de esclarecimento, combate à desinformação e às *fake news* — algo, infelizmente, tão comum atualmente —, ajudando a combater problemas que envolvem risco sanitário.

4.3 O MÉDICO COMO GESTOR / INTERLOCUTOR COM A GESTÃO

Toda casa, para funcionar bem, precisa de alguém que cuide dela. Quando se trata de uma empresa, ocorre da mesma forma. Quando se trata de um ente federativo, ainda mais.

Pensemos, então, em dois hospitais, um público e um privado. Ambos deveriam ter um sistema claro de controle de qualidade e de segurança dos pacientes, conhecer a população a que servem para, entre outras coisas, munir-se do arsenal necessário para bem atender essa população, conhecer seus pontos fortes e suas vulnerabilidades, tentando sempre melhorar seus padrões. E, para isso, uma série de profissionais são importantes, dentre eles, o médico. O médico pode ser um grande aliado na avaliação, análise e gestão de um serviço de saúde, seja ele uma clínica, um hospital ou mesmo um ente federativo (município, estado ou nação), compondo equipe de gestão em secretarias de saúde, para promover (enquanto gestor) ou comunicar a importância (enquanto interlocutor com a gestão) de de-

terminadas medidas em saúde, avaliação por processos, gestão por qualidade, acesso avançado, estratificação de risco, busca ativa, matriciamento, linhas de cuidado, transição do cuidado, geração de indicadores de qualidade e avaliação dos serviços por meio deles, possibilitando, assim, uma melhor oferta do cuidado ao paciente.

Pensando em governança clínica, podemos pensar em protocolos, auditoria formativa, segurança do paciente, análise de eventos adversos e mortalidade evitável.

Atuando na vigilância em saúde integrada ao cuidado, o médico pode auxiliar quanto à notificação oportuna, à investigação e à resposta local (arboviroses, surtos, violência).

Além disso, pensando em âmbito populacional, o médico pode atuar fortemente em defesa do saneamento e de um ambiente saudável, usando, para isso, dados locais (SNIS), visando orientar prioridades e a pactuação intersetorial.

4.4 O MÉDICO E O SERVIÇO PÚBLICO

Pensando na atuação do médico junto aos setores públicos, várias iniciativas são de extrema utilidade no intuito de tornar a boa assistência médica e bons serviços de saúde disponíveis à população de forma mais igualitária. Algumas delas são:

- *Advocacy* baseado em evidências: defender financiamento adequado, redução de desigualdades regionais e políticas de proteção social, lembrando a influência dos Determinantes Sociais da Saúde nos desfechos clínicos da população.
- Atuação institucional: participação séria, ética e responsável em conselhos de saúde, comissões de ética, sociedades médicas, universidades e imprensa local.

- Produção de conhecimento útil: pesquisa aplicada, avaliação de programas e devolutiva para o território.
- Alfabetização política sanitária: explicar o SUS, prioridades e escolhas, com honestidade sobre a escassez e compromisso com a equidade. Conscientizar a população quanto à importância da escolha dos representantes políticos, visto que isto se traduz em uma melhor administração pública e, consequentemente, saúde pública, bem como da importância da vigilância da ética nos serviços públicos, da transparência e da legitimidade das ações.
- Como classe, lutar por melhores condições de trabalho dentro do SUS, o que se reflete em um melhor serviço prestado.

5 CONCLUSÃO

O papel social do médico não é heroico nem salvacionista. É técnico, institucional e ético. É, simplesmente, olhar o paciente como um ser humano integral, enxergando o quadro geral, e lutar por melhores condições para seus pacientes. É entender que o nível de escolaridade influencia a glicemia do seu paciente; que a renda influencia a adesão ao tratamento; que o saneamento influencia a morbimortalidade; que o território influencia a sobrevivência.

O médico que entende isso não apenas trata doenças. Ele amplia as possibilidades de uma vida com mais dignidade e mais qualidade para uma parcela da população que precisa disso.

A excelência técnica é condição necessária para o exercício da medicina, mas não é suficiente. Em sociedades profundamente desiguais, o verdadeiro papel social do médico consiste em reconhecer que o processo saúde-doença é socialmente determinado e utilizar seu conhecimento científico, sua autoridade técnica e sua posição social para reduzir iniquidades e promover justiça em saúde.

Importar-se verdadeiramente com o outro... talvez seja essa a definição mais profunda de medicina.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Caderno de Informação da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos**. Rio de Janeiro: ANS, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/ans>. Acesso em: 28 jun. 2026.

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

BANCO MUNDIAL. **Poverty and Equity Brief: Brazil**. Washington, DC: World Bank, 2023.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). **Sector de planos de saúde fecha 2024 com números recordes de beneficiários**. Rio de Janeiro: ANS, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/numeros-do-setor/setor-de-planos-de-saude-fecha-2024-com-numeros-recordes-de-beneficiarios>. Acesso em: 12 maio 2026.

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

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 16 jul. 1990.

BRASIL. Ministério das Cidades. Secretaria Nacional de Saneamento Ambiental. Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento (SNIS). **Diagnóstico temático: serviços de água e esgoto: visão geral: ano de referência 2023**. Brasília, DF: Ministério das Cidades, 2024.

BREILH, Jaime. **Epidemiologia crítica: ciência emancipadora e interculturalidade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018**. Aprova o Código de Ética Médica, modificado pela Resolução CFM nº 2.222/2018 e posteriores. Brasília, DF: CFM, 2019.

FALKENBERG, M. B. *et al.* Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 847-852, mar. 2014.

FUNDO MONETÁRIO INTERNACIONAL (IMF). **World Economic Outlook Database: April 2026 Edition**. Washington, DC: International Monetary Fund, 2026. Disponível em: <https://www.imf.org/en/Publications/WEO/weo-database/2026/April>. Acesso em: 28 jun. 2026.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira**. Rio de Janeiro: IBGE, 2024.

IPEA. **Relatório de pobreza e desigualdade no Brasil 2024**. Brasília, DF: IPEA, 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World Report on Social Determinants of Health Equity**. Geneva: World Health Organization, 2025. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/381152/9789240107588eng.pdf?sequence=1>. Acesso em: 12 maio 2026.

WORLDOMETER. **População do Brasil**. Disponível em: <https://www.worldometers.info/pt/populacao-mundial/brasil-populacao/>. Acesso em: 12 maio 2026.

O MÉDICO E A RESPONSABILIDADE SOCIAL DA CURA

João Ricardo Pinto Lopes²

*“Onde quer que a arte da Medicina seja amada, há também amor pela humanidade.”
(Hipócrates)*



1 INTRODUÇÃO

O médico como guardião da dignidade humana. O espelho ético-social da profissão médica

Quando o médico se contempla no “espelho da sociedade”, não enxerga apenas sua imagem individual, mas o reflexo das contradições sociais que atravessam a saúde: a dor, a exclusão e a esperança. Este espelho — coletivo e simbólico — exige dele uma postura ética que vá além da mera competência técnica, convocando-o ao protagonismo social. A medicina, assim, não se reduz à aplicação de saberes biomédicos: ela implica um compromisso com a vida humana em seu contexto, historicamente marcado por desigualdades, vulnerabilidades e lutas por justiça.

Essa noção está presente nos debates da saúde coletiva ao destacar que o “ato de cuidar” é, simultaneamente, clínico e político. Cuidar não significa somente restaurar funções biológicas, mas acolher sujeitos com suas histórias, suas demandas e seu sofrimento. Em cenários de exclusão social, o médi-

² Médico Clínico e Cardiologista. Mestre e Doutor em Medicina e Saúde Humana pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública; Professor de Necessidades e Cuidados em Saúde na Faculdade da Região Sisaleira (FARESI).

co muitas vezes ocupa a função de mediador entre os limites institucionais e a dignidade do paciente, responsabilizando-se por defender seus direitos perante o sistema de saúde.

2 DESIGUALDADE SOCIAL E DETERMINANTES DA SAÚDE: A RESPONSABILIZAÇÃO DO MÉDICO

No Brasil, a desigualdade social molda os padrões epidemiológicos, as formas de atenção à saúde e o perfil de vulnerabilidade das populações. Os determinantes sociais — como renda, educação, moradia, saneamento, gênero, raça e ambiente — estão entre os fatores que explicam por que certas pessoas adoecem mais e enfrentam maiores limitações de acesso aos cuidados de saúde (Oliveira; Pereira; Marques, 2019). A atuação médica, portanto, precisa reconhecer esses determinantes e não tratar o corpo isoladamente.

Nesse sentido, o médico é convocado a adotar uma postura de “escuta ampliada”, sensível à realidade social do paciente, capaz de identificar barreiras de acesso, desigualdades estruturais e potencial de interlocução institucional. Ao fazê-lo, ele reafirma sua vocação de agente de justiça sanitária, contribuindo para mitigar as influências dos determinantes sociais da doença.

3 A CRISE DAS PRÁTICAS DE SAÚDE E A NECESSIDADE DE HUMANIZAÇÃO

As práticas contemporâneas em saúde vivenciam uma tensão entre avanços tecnológicos e limitações no cuidado integral. Há um descompasso crescente entre o desenvolvimento científico e a capacidade de responder às múltiplas necessidades humanas — emocionais, existenciais e sociais — que envolvem o adoecimento. Essa crise exige uma retomada

crítica do sentido do cuidado, não como mera tecnicidade, mas como compromisso com o humano (Ayres, 2003).

Para reconstruir as práticas de saúde, é necessário retomar o conceito ontológico de cuidado, vinculando-o aos modos de ser do humano e às relações entre profissional de saúde e paciente. Elementos como confiança, responsabilidade e projeto de vida devem ser parte central dessa reconstrução ética e técnica. Em outras palavras, para além da aplicação estrita de protocolos, o médico ético deve ser capaz de “construir identidades” conjuntas com o paciente, ou seja, responsabilizar-se pelo cuidado.

4 O MÉDICO COMO ATOR POLÍTICO NO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO

Num país em que o direito à saúde é constitucionalmente garantido (art. 196 da Constituição Federal de 1988), mas cuja efetivação enfrenta fragilidades institucionais, o médico assume também um papel político. Ele pode intervir em diferentes instâncias — nas microdecisões cotidianas (por exemplo, demandas por recursos e articulação com serviços sociais) e em espaços coletivos (como conselhos de saúde e fóruns de políticas públicas) — para defender o acesso universal e equitativo à atenção médica.

A Reforma Sanitária brasileira exemplifica esse compromisso político. Esse movimento visava transformar o modelo assistencial e democratizar o acesso à saúde, inspirando a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) como política pública universal (Menicucci, 2014). O médico inserido nesse sistema deve reconhecer a dimensão coletiva de sua profissão e participar da defesa do SUS, não apenas como usuário formal, mas como protagonista de sua consolidação e aprimoramento.

5 DESAFIOS E TENSÕES NO EXERCÍCIO DA RESPONSABILIDADE ÉTICA

O médico que se coloca diante da sociedade contemporânea enfrenta dilemas que transcendem a dimensão técnica de sua prática. A escassez de recursos, a sobrecarga assistencial e a pressão por produtividade frequentemente corroem o espaço da escuta e da empatia, fragilizando o ideal humanista que sustenta o ato médico. Nesse cenário, o tempo se torna um bem escasso e, com ele, o sentido mais profundo do cuidado tende a se diluir em rotinas burocráticas e demandas quantitativas. As instituições de saúde, cada vez mais regidas por protocolos e metas, impõem ao profissional uma rigidez organizacional que, embora busque eficiência, pode limitar a autonomia ética do médico diante de situações complexas (Paraizo, 2020).

Além disso, o médico vivencia um conflito constante de papéis. Ao mesmo tempo em que é agente de políticas públicas, regulamentos e normas institucionais, é também guardião da integridade do paciente e da dignidade do cuidado. Essa tensão revela o risco de o profissional ser reduzido a mero executor de diretrizes, afastando-se da responsabilidade reflexiva que a prática clínica exige. Soma-se a isso a desigualdade simbólica que permeia a relação médico-paciente: muitos profissionais pertencem a estratos sociais privilegiados e, por vezes, têm dificuldade de compreender plenamente a realidade social daqueles que atendem. Essa assimetria pode minar a empatia e fragilizar a legitimidade do médico como mediador entre o saber científico e o sofrimento humano.

Superar essas tensões demanda o cultivo de virtudes profissionais como humildade, escuta, responsabilidade e coragem, além do engajamento em redes de solidariedade e em políticas que ampliem o acesso e a equidade em saúde. O médico ético é aquele que reconhece seus limites, mas não se

conforma com eles; que transforma a tensão entre ciência e humanidade em espaço de diálogo e a prática cotidiana em ato de resistência moral e social. Quando o médico encara o espelho social, ele se confronta com sua missão mais profunda: ser guardião da dignidade humana — não apenas reparando doenças, mas promovendo condições de vida mais justas, escutando, defendendo e intercedendo (Messetti; Butros; Bezerra, 2024). Para que isso seja possível, é fundamental reconhecer que a medicina é, por essência, uma ação social e política: o cuidado é um gesto que reconfigura relações, questiona desigualdades e cultiva a esperança.

Dessa forma, o médico não atua isoladamente em sua prática clínica: ele faz parte de uma trama social maior. Sua responsabilidade ética exige que combine rigor técnico com solidariedade, sensibilidade com engajamento institucional e o individual com o coletivo. Nessa tessitura, o espelho da sociedade revela o compromisso do médico com o humano e o desafio permanente de dar forma a uma medicina que dignifica.

5.1 MEDICINA E DESIGUALDADE: O DIAGNÓSTICO DE UM PAÍS

A saúde brasileira revela, com clareza, as contradições sociais de um país fragmentado. A carência de recursos, a desigualdade regional e o abismo entre os setores público e privado são expressões de uma crise estrutural que ultrapassa o setor sanitário e se enraíza na formação socioeconômica do Estado brasileiro (Paim *et al.*, 2011; Costa *et al.*, 2022).

O Sistema Único de Saúde (SUS), ainda que represente uma das maiores conquistas civilizatórias do país, enfrenta contradições cotidianas entre o ideal da universalidade e a realidade da escassez. Médicos e demais profissionais de saúde lidam diariamen-

te com o dilema de oferecer cuidado integral diante de condições adversas de infraestrutura, sobrecarga de trabalho e insuficiência de financiamento público. Essa tensão revela a distância entre o projeto ético-político da Reforma Sanitária e as desigualdades históricas que persistem no acesso à saúde (Paim, 2008).

Os determinantes sociais da saúde — fatores econômicos, ambientais, culturais e políticos — moldam profundamente os perfis de adoecimento e morte, definindo quem adoece, quando e com quais chances de recuperação. Reconhecer tais determinantes é ultrapassar os limites do biologicismo, compreendendo o paciente como sujeito histórico inserido em contextos de desigualdade (Buss; Pellegrini Filho, 2007). A prática médica, quando sensível a essa complexidade, transforma-se em instrumento de justiça social.

Estudos recentes reforçam que as condições de moradia, renda, trabalho e educação explicam grande parte das diferenças em saúde entre grupos populacionais. *Braveman e Gottlieb* apontam que “as causas das causas” — ou seja, as estruturas sociais subjacentes — determinam, em última instância, o padrão de saúde e doença de uma sociedade (Braveman; Gottlieb, 2014). Assim, a clínica que ignora esses condicionantes corre o risco de se tornar tecnocrática e alienada, reduzindo o sofrimento humano a variáveis biológicas isoladas.

5.2 O MÉDICO DIANTE DA INJUSTIÇA ESTRUTURAL

O médico brasileiro, sobretudo aquele que atua nas redes públicas, é testemunha cotidiana da desigualdade. Em comunidades vulneráveis, observa o impacto da fome, do desemprego, da precarização e da violência sobre os corpos e as mentes de seus pacientes. Essa vivência o convoca a ultrapassar a dimen-

são técnica do cuidado e a assumir um papel ético-político, tornando-se defensor da dignidade humana (Campos, 2018).

Contudo, essa tarefa não é simples. A rotina marcada pela carência de recursos e pela sobrecarga de atendimentos pode anestesiar a sensibilidade moral do profissional, levando-o à indiferença. É nesse contexto que se reafirma o compromisso ético da medicina: não se acomodar à injustiça, mas reconhecê-la como parte do diagnóstico social e agir sobre ela. O médico é parte de um processo social, condicionado por estruturas econômicas e políticas, mas também capaz de atuar como agente transformador (Donnangelo, 1976).

5.3 O RISCO DA ALIENAÇÃO TÉCNICA

A medicina que ignora a desigualdade corre o risco de se tornar tecnocrática, voltada apenas à manutenção de procedimentos e indicadores, desconectada das realidades humanas concretas. Quando o saber científico se descola da ética e da solidariedade, o ato médico perde sua dimensão emancipadora e corre o risco de reforçar desigualdades já existentes.

A ética da saúde deve ser entendida como ética da vida social. Não há neutralidade possível: o médico é, inevitavelmente, um ator político, e sua ação repercute sobre o tecido social. A escolha entre a alienação e o engajamento define o sentido moral da prática médica.

5.3.1 CAMINHOS POSSÍVEIS

Superar as desigualdades em saúde requer fortalecer políticas públicas e redes intersetoriais que reconheçam a complexidade do processo saúde-doença. O médico, nesse contexto, deve ser mediador entre ciência, gestão e comunidade, articulando saber técnico e compromisso social (Silva, 2021).

Essa visão integral da medicina — ao mesmo tempo científica e humanista — amplia o alcance do cuidado. O “ato de cuidar” é, simultaneamente, clínico e político, pois envolve reconhecer o outro em sua vulnerabilidade e dignidade (Deslandes, 2006). A medicina comprometida com a equidade não apenas trata corpos, mas transforma realidades.

A construção de uma prática médica socialmente engajada não exige abandonar o rigor técnico, mas expandir seu horizonte ético: cuidar do corpo e do contexto, da doença e do destino social, da biologia e da biografia. Somente assim, o médico poderá cumprir sua vocação mais profunda — a de guardião da vida em todas as suas dimensões.

5.3.2 ÉTICA, EMPATIA E O PACTO COM A DIGNIDADE HUMANA

A técnica cura, a ética sustenta a cura. A medicina contemporânea, impulsionada por avanços tecnológicos e protocolos de alta precisão, corre o risco de reduzir o cuidado a um processo mecanizado, esquecendo-se de que o centro do ato médico é, antes de tudo, um encontro humano. A relação médico-paciente, portanto, é mais do que uma transação terapêutica: é um encontro entre dois seres que compartilham a mesma vulnerabilidade existencial (Rosa, 2017).

Hans-Georg Gadamer, em *O Enigma da Saúde*, propõe que a escuta é o núcleo do ato médico. Escutar não é apenas recolher sintomas, mas compreender histórias, contextos e significados. Para o filósofo, a saúde não se reduz à ausência de doença; ela é uma forma de harmonia entre corpo, alma e mundo. Nesse sentido, o médico torna-se intérprete da experiência do paciente, alguém que precisa compreender o que o sofrimento “quer dizer” (Araujo; Paz; Moreira, 2017).

A escuta clínica, assim compreendida, é um exercício de presença e empatia. A empatia — conceito que atravessa a psicologia, a fenomenologia e a ética — é aqui entendida como ferramenta diagnóstica e terapêutica (Kleinman, 1988). Ela permite ao médico perceber o outro não como objeto de intervenção, mas como sujeito de direitos e de dores. Empatizar é devolver ao paciente algo que a doença tende a roubar: o sentido de pertencimento, a sensação de ser reconhecido como pessoa.

A ética médica, nesse horizonte, não é mero código normativo, mas um pacto com a dignidade humana. A ética do cuidado nasce do reconhecimento da interdependência entre os seres humanos: cuidar é um gesto de responsabilidade diante da vulnerabilidade do outro. O médico, ao cuidar, participa de uma rede simbólica de proteção e solidariedade — uma aliança moral que transcende a relação profissional (Martines, 2022).

A ética do cuidado é, acima de tudo, um chamado à responsabilidade. Ela convoca o médico a preservar “o humano do próprio humano”, ou seja, a resistir às formas de desumanização que a prática cotidiana, a burocracia e o tecnicismo podem impor. A bioética do cuidado, tal como propõe o autor, é uma ética da proximidade: implica sensibilidade, presença e compaixão.

Essa dimensão ética ganha força também em contextos de sofrimento extremo, como nos cuidados paliativos. Nessas situações, o médico é chamado não apenas a intervir, mas a acompanhar — estar junto, reconhecer o limite, sustentar a esperança possível. Cuidar, nesse sentido, é compreender; e curar, muitas vezes, é reconhecer. A fusão entre ciência e consciência é, portanto, o ponto mais alto da medicina. A prática médica autêntica é uma arte moral: um espaço onde o saber técnico se entrelaça com o saber ético e onde o gesto clínico é também um gesto de solidariedade (Pessini, 2012).

O papel social do médico manifesta-se, assim, nessa síntese entre o saber e o sentir, entre a objetividade científica e a escuta humana. A ética e a empatia não são adornos da medicina, mas seu alicerce invisível — a estrutura moral que sustenta a confiança entre quem sofre e quem cuida.

6 A RESPONSABILIDADE SOCIAL DO MÉDICO E O COMPROMISSO COM A TRANSFORMAÇÃO SOCIAL

O médico, por estar na linha de frente do sofrimento humano, testemunha diariamente as falhas do Estado, a negligência da gestão pública e as consequências da desigualdade. Essa posição privilegiada, de contato direto com as vulnerabilidades da população, confere-lhe não apenas um papel técnico, mas também uma responsabilidade ética e social. Diante desse cenário, não basta observar: é preciso agir.

A responsabilidade social do médico envolve o dever de *advocacy*, ou seja, a defesa pública do direito à saúde e das políticas que o garantem (Widmer, 2025). O compromisso ético da medicina transcende o atendimento individual e alcança o campo da cidadania, na medida em que o profissional da saúde pode e deve atuar como agente transformador. Essa ação pode manifestar-se em diferentes esferas: na defesa do Sistema Único de Saúde (SUS) como patrimônio civilizatório; na formação ética de novos profissionais que compreendam a medicina como prática humanizadora; na produção de ciência socialmente comprometida, orientada pelas necessidades reais da população; e na participação cidadã, engajada em conselhos, associações e movimentos sociais voltados à saúde pública.

A medicina, enquanto prática humana e social, compartilha desse princípio. O médico é, portanto, educador e agente político: sua escuta pode transformar o indivíduo, e sua ação coletiva pode transformar o sistema. Ao assumir essa postura, ele reafirma o compromisso essencial de sua profissão — o de defender a dignidade humana e lutar por condições de vida mais justas e igualitárias para todos.

7 MEDICINA, UTOPIA E ESPERANÇA

Falar do papel social do médico é falar de utopia — não como ilusão, mas como horizonte de sentido. É essa utopia que mantém viva a esperança e move os que acreditam numa medicina justa, pública e fraterna — uma medicina que reconhece, em cada pessoa, a inviolabilidade da vida e a dignidade do sofrimento humano.

Nos sertões e nas periferias, onde o desamparo é cotidiano, médicos e médicas reinventam diariamente o significado de sua missão. Fazem da escassez um exercício de criatividade, da dor um chamado à empatia e da impotência aparente um impulso para continuar. Quando o sistema falha, é a vocação que permanece: cuidar como quem resiste, acolher como quem transforma.

Esses profissionais revelam, em seus gestos mais simples, o verdadeiro milagre da medicina — aquele que não se mede por tecnologia ou estatística, mas pela capacidade de devolver humanidade ao encontro clínico. Mostram que a esperança também tem poder terapêutico e que o ato de cuidar, quando nascido do amor e da consciência, é sempre uma forma silenciosa de resistência.

8 CONCLUSÃO — O SENTIDO HUMANO DA MEDICINA

Ser médico é exercer uma das mais complexas formas de presença humana.

Entre o rigor da ciência e a incerteza do sofrimento, o médico caminha na tênue fronteira que separa o biológico do existencial. Seu ofício não se limita à aplicação de técnicas, mas se expande como gesto ético, encontro e responsabilidade. Na escuta atenta, no olhar que acolhe, na palavra que consola, ele se torna mediador entre a fragilidade e a esperança, entre o corpo que adoece e a pessoa que insiste em viver.

A medicina, em sua essência, é um espaço simbólico de reconciliação: entre o conhecimento e a compaixão, entre o diagnóstico e o destino, entre o limite da cura e a infinitude do cuidado. Nesse sentido, cuidar é mais do que intervir; é compartilhar o peso da dor e o desejo de permanecer. O médico não domina o sofrimento — ele o habita com o outro, com respeito e humildade, oferecendo não apenas o que sabe, mas também o que é. Sua autoridade nasce da empatia, e sua grandeza, da capacidade de servir.

No espelho da sociedade, o médico reflete as contradições do seu tempo. Em meio às desigualdades que atravessam o país, há os que atuam nos sertões, nas periferias, nas zonas esquecidas — onde o acesso à saúde ainda é promessa adiada. Ali, a medicina se faz resistência silenciosa: improvisa recursos, ressignifica protocolos, transforma a escassez em invenção. Cada consulta torna-se ato pedagógico; cada gesto, uma semente de cidadania.

Esses profissionais, muitas vezes anônimos, revelam o verdadeiro rosto da medicina social — aquele que reconhece que saúde é mais do que ausência de doença: é dignidade, justiça e pertencimento.

A técnica, por si só, é cega. A ciência, se não for guiada pela ética, torna-se árida. A medicina que se pretende completa precisa unir ambas: o saber e o sentir, o cálculo e o cuidado. É nesse ponto de fusão — entre ciência e consciência — que ela atinge sua dimensão mais alta. O médico do futuro não será apenas o que domina o conhecimento, mas o que compreende o contexto, acolhe a diferença e age com compaixão. Sua prática deverá ser, ao mesmo tempo, científica e solidária, precisa e amorosa, comprometida com a vida em todas as suas expressões.

A ética do cuidado, nesse horizonte, não é mera virtude individual; é compromisso coletivo. Cuidar é reconhecer a interdependência entre os seres humanos, é compreender que a vulnerabilidade do outro revela também a nossa. Cada ato clínico é, portanto, um gesto político, um modo de afirmar que a vida importa — toda vida, em qualquer circunstância. Ao cuidar, o médico participa de uma rede invisível de solidariedade, uma aliança moral que atravessa gerações e fronteiras. É essa aliança que mantém acesa a chama da esperança, mesmo quando o mundo parece desumanizado pelo excesso de pressa, poder e técnica.

Falar do papel social do médico é, então, falar de uma utopia concreta — aquela que não nega a realidade, mas a transforma. É acreditar que a medicina pode ser mais do que um sistema de procedimentos: pode ser um caminho de humanização. Ser médico é, no fundo, um ato de fé — fé na ciência, na palavra, na vida e na capacidade humana de cuidar do outro. É uma forma de resistência ética em tempos de indiferença; um testemunho silencioso de que ainda é possível conjugar, no mesmo gesto, o saber e a ternura.

Quando o médico se aproxima do paciente com olhar genuíno, quando escuta antes de prescrever, quando reconhece a dor antes de quantificá-la, ele devolve à medicina o que há

de mais essencial: o sentido de humanidade. A esperança, nesse contexto, também é terapêutica. Curar, às vezes, é impossível; aliviar, quase sempre, é possível; mas cuidar — cuidar é sempre necessário. E é no ato de cuidar, repetido mil vezes ao longo de uma vida, que o médico encontra sua própria cura: a de permanecer humano em meio à técnica, sensível em meio à pressa, compassivo em meio à crise.

A medicina, enfim, é um espelho do humano. Nela se refletem nossas limitações e grandezas, nossa razão e nossa fé. Cada médico, ao exercer seu ofício com amor e consciência, ajuda a reconstruir esse espelho partido e, ao fazê-lo, devolve à sociedade algo precioso: a confiança de que ainda é possível viver com dignidade, mesmo quando o corpo falha. Porque, onde quer que a arte da medicina seja amada, como lembrava Hipócrates, há também amor pela humanidade — e é nesse amor que repousa o verdadeiro sentido de toda cura.

REFERÊNCIAS

ARAUJO, J. L.; PAZ, E. P. A.; MOREIRA, T. M. M. Hermenêutica e saúde: reflexões sobre o pensamento de Hans-Georg Gadamer. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 70, n. 6, p. 1255-1259, 2017.

AYRES, J. R. C. M. Care and reconstruction in healthcare practices. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 8, n. 14, p. 73-92, 2003.

BRAVEMAN, P.; GOTTLIEB, L. The social determinants of health: it's time to consider the causes of the causes. **Public Health Reports**, v. 129, n. Suppl 2, p. 19-31, 2014.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CAMPOS, G. W. S. **Clínica, responsabilidade e autonomia**: fundamentos da clínica ampliada. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2018.

COSTA, D. C. A. R. *et al.* Crise econômica e disparidades no gasto, oferta e acesso entre os setores público e privado de saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, 2022.

DESLANDES, S. F. (org.). **Humanização dos cuidados em saúde**: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

DONNANGELO, M. C. F. **Medicina e sociedade**: o médico e seu mercado de trabalho. São Paulo: Pioneira, 1976.

KLEINMAN, A. **The Illness Narratives**: Suffering, Healing, and the Human Condition. Nova York: Basic Books, 1988.

MARTINES, P. R. Filosofia do cuidado e vulnerabilidade. **Revista Ekstasis**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 7-19, 2022.

MENICUCCI, T. M. G. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v. 21, n. 1, p. 77-92, 2014.

MESSETTI, P. A. S.; BUTTROS, D. A. B.; BEZERRA, I. M. P. The Role of the Physician, Bioethics, and Human Rights in Public Policies for Patient Care. **Clinics Biopsychosocial**, v. 02, n. 1, p. 06-08, 2024.

OLIVEIRA, C. M. V.; PEREIRA, T.; MARQUES, H. R. Saúde coletiva e determinantes sociais de saúde no Brasil: uma revisão integrativa da literatura. **Revista Contribuciones a las Ciencias Sociales**, 2019.

PAIM, J. S. **O que é o SUS**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2008.

PAIM, J. *et al.* O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, v. 377, p. 1778-1797, 2011.

PARAIZO, C. B. Ética organizacional em ambientes de saúde: entre regras e cuidado. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 251-259, 2020.

PESSINI, L. **Bioética, um grito por dignidade de viver**. 4. ed. São Paulo: Edições Paulinas, 2012.

ROSA, C. A. P. **Relação médico-paciente: um encontro**. São Paulo: CREMESP, 2017.

SILVA, J. Mediador entre ciência, gestão e comunidade: o papel social do médico. *In*: PEREIRA, M. (org.). **Desafios da equidade em saúde: políticas públicas e participação social**. São Paulo: Editora Saúde Coletiva, 2021. p. 45-63.

WIDMER, A. J. The importance of physician advocacy. **PMC**, 2025.

A CONSTRUÇÃO HISTÓRICA DO PAPEL SOCIAL DO MÉDICO: SACERDOTE OU EMPRESÁRIO?

Fernanda Anjos Bastos³

1 CONCEITUANDO O PAPEL SOCIAL DO MÉDICO

“**Médico**”, segundo o clássico dicionário Aurélio, é aquele que exerce a medicina, diagnosticando e tratando doenças. “**Papel**” corresponde à função ou ao conjunto de responsabilidades desempenhadas por um indivíduo, enquanto “social” remete à vida em coletividade, às relações humanas e ao bem comum (Ferreira, 2010). Se médico é aquele que exerce a medicina, papel corresponde às funções e responsabilidades inerentes ao exercício de uma atividade, e social remete à vida em coletividade, então o papel social do médico pode ser compreendido como o conjunto de responsabilidades que decorrem do exercício da medicina perante as pessoas e a sociedade. À primeira vista, trata-se apenas da soma de definições. Entretanto, quando esses conceitos passam a encontrar pessoas, relações humanas, valores e contextos sociais, essa operação deixa de ser uma simples adição. O resultado torna-se qualitativamente distinto da soma de seus termos, revelando a complexidade inerente ao cuidado em saúde. Nessa perspectiva, a medicina — e, de modo mais amplo, o cuidado em saúde — não se reduz ao diagnóstico e ao tratamento das doenças, mas

3 Médica formada pela Universidade Federal da Bahia (UFBA), mestranda no Programa de Pós-Graduação em Medicina e Saúde (PPGMS/UFBA) e bolsista do Programa Mais Médicos (MS).

constitui uma prática social orientada pelo conhecimento científico, pela responsabilidade ética e pelo compromisso com a dignidade humana e o bem-estar coletivo.

Por sua vez, “**empresário**” é aquele que organiza, administra e assume os riscos inerentes a uma atividade econômica (Ferreira, 2010). À primeira vista, esse conceito parece distante da discussão anterior. Entretanto, quando transportado para a realidade da prática médica contemporânea, suscita questões que extrapolam seu significado original. A crescente complexidade dos sistemas de saúde, a incorporação de novas tecnologias, a necessidade de gerir pessoas, serviços e recursos, bem como a busca pela sustentabilidade da assistência aproximaram, progressivamente, duas realidades que, durante muito tempo, foram percebidas como distintas: o cuidado e a gestão. Surge, então, o questionamento que orienta este capítulo: até que ponto o médico contemporâneo também passou a exercer funções tradicionalmente associadas ao empresário; como isso perpassa o papel de cuidador do indivíduo em sua complexidade bio, psico e social; e de que maneira essa transformação se manifesta nos diferentes “Brasis” que coexistem na realidade nacional.

2 A CONSTRUÇÃO HISTÓRICA DO PAPEL SOCIAL DA MEDICINA

Historicamente, a medicina surgiu do cuidado com o outro, perpassando por diversas formas de cuidar, e foi concebida como uma profissão vocacionada ao cuidado, frequentemente associada ao ideal ou mesmo ao próprio exercício sacerdotal, orientada por valores como altruísmo, compaixão, dedicação e compromisso com o bem-estar coletivo. Por diversos momentos da história, o médico ocupava uma posição de elevada confiança social, sendo reconhecido não apenas por seu conhecimento técnico, mas também por sua responsabilidade moral diante da

comunidade. Influenciada pela tradição hipocrática, essa concepção entendia a prática médica como um serviço prestado à sociedade, no qual os interesses do paciente deveriam prevalecer sobre interesses pessoais ou econômicos (Porter, 1997). Porém, por muitas vezes, mantendo um grau de hierarquia desigual nos papéis decisórios na relação médico-paciente.

Pesquisadores associados à Biblioteca Nacional Austríaca de Viena fizeram uma interessantíssima revisão sobre diversos aspectos da medicina e da saúde em Viena, trazendo elementos interessantes para colaborar com o pensamento deste capítulo. Desde a Idade Média até o início do século XX, as grandes transformações da prática médica acompanharam profundas mudanças sociais, científicas e políticas. As sucessivas epidemias impulsionaram a criação de hospitais, o fortalecimento das universidades, o desenvolvimento de campanhas de vacinação, a expansão da infraestrutura urbana e a formulação de políticas públicas, evidenciando que a medicina sempre esteve diretamente vinculada às necessidades da coletividade.

Além dos aspectos associados aos diversos papéis exercidos pelos profissionais ligados à assistência, recobremos alguns outros aspectos interessantes. Na Idade Média, os mosteiros constituíam os principais centros de assistência aos enfermos e de preservação do conhecimento médico, fundamentado nas obras clássicas de Hipócrates, Galeno e Dioscórides. Posteriormente, a tradução de textos gregos e árabes, especialmente por Constantino Africano, na Escola de Salerno, promoveu importante renovação do conhecimento médico europeu e favoreceu o surgimento das universidades. Nesse período, coexistiam os médicos formados academicamente, voltados ao estudo teórico dos autores clássicos, e os barbeiros-cirurgiões, cuja formação permanecia predominantemente prática. Com o fortalecimento da Universidade de Viena e

de outras instituições de ensino, consolidou-se gradualmente um modelo de formação médica mais científico e profissionalizado (Biblioteca Nacional Austríaca, 2024; Porter, 1997).

Paralelamente, os hospitais deixaram de ser apenas locais destinados ao tratamento de enfermidades para assumir funções sociais cada vez mais amplas, acolhendo pobres, idosos, peregrinos e portadores de doenças crônicas. Reformas conduzidas por médicos e administradores, como Gerard van Swieten, durante o reinado do imperador José II, fortaleceram a integração entre hospitais, universidades e administração pública, transformando essas instituições em espaços de assistência, ensino e pesquisa. As epidemias de peste, varíola, cólera e tuberculose demonstraram que o enfrentamento das doenças dependia não apenas do avanço científico, mas também da organização dos serviços de saúde, do saneamento básico, das campanhas de vacinação e da implementação de políticas públicas, estando os profissionais de saúde à frente, em diversos momentos, desses avanços sociais.

Essa trajetória evidencia que a função social do médico foi progressivamente ampliada. Cuidar do outro significa, necessariamente, compreender o contexto em que esse indivíduo vive, suas relações familiares, sua inserção comunitária e os determinantes sociais que influenciam sua saúde. Nesse processo, tornou-se natural que o médico também assumisse funções de educador, pesquisador, gestor e formulador de políticas públicas, atuando como mediador entre a ciência e a sociedade (Biblioteca Nacional Austríaca, 2024).

Assim como o exercício contemporâneo da medicina depende de sustentabilidade econômica, seja no âmbito privado ou no SUS, os hospitais históricos também necessitavam de mecanismos próprios de financiamento para garantir a continuidade da assistência. Desde a Idade Média, essas instituições de-

envolviam estruturas administrativas e produtivas destinadas à sua manutenção, possuindo terras agrícolas, florestas, vinhedos, oficinas, rebanhos e outras atividades econômicas. Em Viena, o Hospital dos Cidadãos chegou, inclusive, a deter o direito exclusivo de fabricar cerveja para abastecimento da cidade, mantendo cervejarias próprias como importante fonte de recursos. Pacientes em condições físicas adequadas frequentemente colaboravam em tarefas cotidianas, como o cultivo dos campos, o cuidado dos animais e a manutenção da instituição. Esses exemplos demonstram que a necessidade de gestão dos recursos acompanha a história da assistência médica e das instituições hospitalares há muitos séculos. Em todos esses contextos, porém, a sustentabilidade econômica constituiu um instrumento para viabilizar o cuidado, e não a finalidade da atividade médica. Esses exemplos demonstram que a sustentabilidade econômica sempre constituiu condição para a continuidade da assistência, sem jamais substituir sua finalidade essencial: o cuidado das pessoas.

3 A CONSTRUÇÃO DO PAPEL SOCIAL DO MÉDICO NO BRASIL

No Brasil, a construção do papel social do médico acompanhou a própria formação histórica das instituições de assistência e de ensino. Durante o período colonial, diante da escassez de médicos diplomados, o cuidado em saúde resultava da convivência entre saberes indígenas, africanos e europeus e da atuação de cirurgiões, boticários, parteiras, curadores populares e religiosos. As Santas Casas de Misericórdia assumiram papel relevante no acolhimento de enfermos, pobres e desamparados, enquanto a chegada da família real portuguesa, em 1808, favoreceu a institucionalização do ensino médico, com a criação das escolas médico-cirúrgicas da Bahia e do Rio de Janeiro. Ao longo do século XIX e no início do século XX,

a consolidação das faculdades, dos hospitais, das sociedades científicas e dos serviços sanitários ampliou a atuação médica para além do cuidado individual, aproximando-a do enfrentamento das epidemias, da higiene urbana, da vacinação e da organização da saúde pública (Santos Filho, 1977).

Durante o século XX, entretanto, a assistência à saúde no país permaneceu marcada pela fragmentação e pela desigualdade de acesso. As campanhas sanitárias voltadas ao controle de doenças transmissíveis coexistiram com um sistema previdenciário inicialmente organizado pelas Caixas de Aposentadoria e Pensões e, posteriormente, pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões, que ofereciam assistência sobretudo aos trabalhadores formalmente vinculados ao mercado de trabalho. A unificação previdenciária no Instituto Nacional de Previdência Social e a posterior criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social ampliaram a assistência médico-hospitalar, mas conservaram sua vinculação à condição de segurado, deixando grande parcela da população dependente de serviços públicos limitados, instituições filantrópicas ou pagamento direto. A partir da década de 1970, o Movimento da Reforma Sanitária passou a defender uma concepção ampliada de saúde e um sistema público universal, integral e descentralizado. Esse processo alcançou expressão política na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e na Constituição Federal de 1988, que reconheceu a saúde como direito de todos e dever do Estado, estabelecendo as bases do Sistema Único de Saúde, posteriormente regulamentado pelas Leis nº 8.080 e nº 8.142, de 1990. A criação do SUS redefiniu profundamente o papel social do médico brasileiro, ao inseri-lo em uma rede orientada não apenas pela assistência, mas também pela promoção da saúde, prevenção de doenças, vigilância, participação comunitária, equidade e responsabilidade sanitária perante a população.

A distribuição dos profissionais de saúde, inclusive do médico, nos diversos territórios sempre apresentou uma desigualdade. Em muitas realidades, ainda hoje, em determinados locais, encontra-se um ou poucos médicos responsáveis pelo atendimento de toda uma comunidade. Nesses cenários, o médico não era apenas um profissional da saúde, mas uma figura central da vida social, depositário de elevada confiança e frequentemente responsável por múltiplas funções. Com o avanço do conhecimento científico e o surgimento de inúmeras especialidades, entretanto, a medicina tornou-se progressivamente mais complexa, tecnicamente sofisticada e, infelizmente, cada vez mais fragmentada.

4 DA MEDICINA PATERNALISTA AO CUIDADO CENTRADO NA PESSOA

Durante grande parte do século XX, no Ocidente, consolidou-se um modelo de assistência médico-centrado, no qual o profissional detinha o conhecimento e o poder de decisão, enquanto o paciente assumia uma posição predominantemente passiva. Embora esse modelo tenha contribuído para importantes avanços científicos e assistenciais, também revelou limitações relacionadas à autonomia do paciente, à comunicação e à humanização do cuidado (Stewart *et al.*, 2014).

Nas últimas décadas, felizmente, esse paradigma passou por profundas transformações. O paciente deixou de ocupar uma posição predominantemente passiva e passou a ser reconhecido como participante ativo do próprio processo de cuidado, enquanto o médico assumiu um papel de mediador, orientador e parceiro na tomada de decisões. Como consequência, a relação médico-paciente tornou-se mais horizontal, fundamentada no diálogo, na escuta ativa e na construção compartilhada das condutas terapêuticas. O encontro entre

médico e paciente deixou de ser compreendido como uma interação estritamente técnica para ser reconhecido como uma relação humana complexa, permeada por emoções, medos, expectativas, valores e histórias de vida de ambos os envolvidos. Essa mudança ampliou a compreensão do papel social do médico na sociedade contemporânea, tornando indispensável que o profissional desenvolva não apenas sólidos conhecimentos científicos, mas também competências relacionadas à comunicação, à empatia, à compreensão do comportamento humano e à sensibilidade para lidar com diferentes realidades sociais e culturais (Stewart *et al.*, 2014; Epstein; Street Jr., 2011).

No contexto brasileiro, essa transformação adquire significado ainda mais amplo. Em um país marcado por profundas desigualdades sociais, econômicas e educacionais, reconhecer o paciente como protagonista do próprio cuidado significa também fortalecer sua autonomia e sua capacidade de participar das decisões relacionadas à própria saúde. Nessa perspectiva, o médico deixa de ocupar a posição de único detentor do conhecimento para atuar como facilitador do processo terapêutico, construindo, juntamente com o paciente, estratégias compatíveis com sua realidade, seus valores e seu contexto de vida. Essa mudança não diminui a responsabilidade técnica do profissional; ao contrário, amplia seu papel social ao reconhecer que o cuidado somente se torna efetivo quando respeita a singularidade de cada pessoa e promove sua participação ativa no processo saúde-doença.

Para exemplificar como esse papel cívico já é exercido em diversos contextos, vale a leitura do livro *Pacientes que Curam: o cotidiano de uma médica do SUS*, de Júlia Rocha (Rocha, 2023). A partir de relatos construídos em sua experiência na atenção primária à saúde, a autora demonstra que o exercício da medicina frequentemente ultrapassa os limites

do diagnóstico e da prescrição, envolvendo o acompanhamento longitudinal, a compreensão do contexto familiar, o enfrentamento das desigualdades sociais e o reconhecimento das múltiplas vulnerabilidades que influenciam o processo saúde-doença. Ao narrar encontros com pacientes marcados por sofrimento, resiliência e solidariedade, a autora evidencia que a relação terapêutica constitui também um espaço de aprendizado para o próprio médico. A leitura das diversas histórias narradas nos mostra que a função social do médico se concretiza no compromisso com a equidade, a dignidade humana e a construção de vínculos capazes de transformar tanto os pacientes quanto aqueles que os assistem.

Essa compreensão aproxima-se do conceito de *physician-citizen*, proposto por Gruen, Pearson e Brennan, segundo o qual as responsabilidades profissionais do médico ultrapassam o atendimento individual e incluem compromissos com a comunidade, com a promoção da saúde e com o fortalecimento das políticas públicas. Assim, independentemente de atuar no setor público ou privado, o médico preserva a mesma responsabilidade ética de oferecer o melhor cuidado possível, respeitando a dignidade da pessoa e contribuindo para a melhoria das condições de saúde da coletividade (Gruen; Pearson; Brennan, 2004; Cruess; Cruess; Steinert, 2016).

Compreender o ser humano em sua totalidade — considerando suas dimensões biológica, psicológica, social, cultural e espiritual — constitui um dos fundamentos da prática médica contemporânea. Essa visão integral favorece o estabelecimento de vínculos terapêuticos mais sólidos e permite que as decisões clínicas sejam construídas de forma mais individualizada e compatível com os valores e as necessidades de cada paciente (Stewart *et al.*, 2014).

5 COMUNICAÇÃO, INTEGRALIDADE E PROFIS- SIONALISMO MÉDICO

Além das evidências científicas, a literatura também contribui para compreender dimensões do adoecimento que frequentemente escapam aos protocolos e às diretrizes clínicas. Em *O Futuro da Humanidade*, Augusto Cury acompanha a transformação de um estudante de Medicina que, ao confrontar-se com a realidade da exclusão social e do sofrimento psíquico, compreende que o cuidado ultrapassa o diagnóstico e o tratamento das doenças. Embora ficcional, a narrativa dialoga diretamente com os princípios da medicina centrada na pessoa ao enfatizar a empatia, a escuta, a dignidade humana e a influência dos fatores psicológicos, sociais e existenciais sobre o processo saúde-doença. Essa perspectiva conduz naturalmente à discussão de outra dimensão do cuidado que, nas últimas décadas, passou a receber crescente respaldo da literatura científica: a espiritualidade (Cury, 2005; Stewart *et al.*, 2014; Koenig, 2013).

Por todos esses aspectos, exercer a medicina tornou-se progressivamente mais desafiador. As responsabilidades inerentes à profissão, as exigências técnicas, os dilemas éticos e a crescente complexidade dos sistemas de saúde exigem atualização científica permanente e elevada capacidade de adaptação. No Brasil, soma-se a esse cenário a expressiva expansão dos cursos e vagas de medicina, fenômeno que amplia o acesso à formação médica e modifica a dinâmica do mercado de trabalho. Ao mesmo tempo, o acesso crescente à informação por meio da internet transformou a relação entre médicos e pacientes. Embora nem sempre baseada em fontes confiáveis, essa disponibilidade de informação exige do profissional habilidades cada vez mais refinadas de comunicação, educação em saúde e tomada de decisão compartilhada. Nesse contexto, o médico deixa de ser o único detentor do conhecimento e

passa a exercer, cada vez mais, o papel de orientador e mediador do processo de cuidado (Cruess; Cruess; Steinert, 2016).

Essas transformações encontram sólido respaldo na literatura científica contemporânea, que reconhece a relação médico-paciente como um dos pilares da qualidade da assistência em saúde. A medicina centrada na pessoa, a medicina baseada em evidências e a comunicação efetiva consolidaram-se como componentes essenciais da prática clínica moderna.

Corroborando essa perspectiva, a revisão sistemática com metanálise conduzida por Kelley e colaboradores, reunindo 13 ensaios clínicos randomizados, demonstrou que intervenções destinadas ao fortalecimento da relação médico-paciente produziram melhora significativa dos resultados em saúde quando comparadas aos grupos-controle, evidenciando que a qualidade dessa interação constitui um componente efetivo do cuidado clínico (Kelley *et al.*, 2014). Estudos demonstram que relações fundamentadas na empatia, na confiança e na tomada de decisão compartilhada estão associadas a melhores desfechos clínicos e à maior qualidade da assistência.

Entre os mecanismos responsáveis por esses resultados, destaca-se a comunicação clínica. A metanálise conduzida por Haskard-Zolnieriek e DiMatteo, envolvendo 106 estudos correlacionais e 21 estudos experimentais, demonstrou que pacientes atendidos por médicos com habilidades comunicacionais deficientes apresentaram risco 19% maior de não adesão terapêutica. Em contrapartida, intervenções voltadas ao treinamento em comunicação aumentaram em aproximadamente 62% a probabilidade de adesão ao tratamento. Esses achados demonstram que a comunicação efetiva ultrapassa o campo da humanização da assistência e constitui uma competência clínica capaz de influenciar diretamente a adesão, a efetividade terapêutica e os resultados em saúde (Haskard-Zolnieriek; DiMatteo, 2009).

Os benefícios da relação médico-paciente estendem-se ainda à segurança e à qualidade do cuidado. Evidências demonstram que relações terapêuticas mais sólidas favorecem melhor evolução funcional, enquanto falhas de comunicação figuram entre os principais fatores associados à ocorrência de eventos adversos, seja pela omissão de informações relevantes, pela compreensão inadequada das orientações ou por registros clínicos incompletos. Quando o paciente compreende plenamente as recomendações e participa das decisões clínicas, observam-se melhor controle de doenças crônicas, redução de eventos adversos e maior resolução dos sintomas, reforçando que a comunicação e a parceria terapêutica constituem elementos centrais para uma assistência segura, efetiva e centrada na pessoa (Street Jr. *et al.*, 2009).

Nesse contexto, habilidades como escuta ativa, empatia, comunicação efetiva e tomada de decisão compartilhada deixam de constituir atributos meramente desejáveis para consolidarem-se como competências clínicas essenciais. Permitir que o paciente relate livremente sua história, compreender seus valores e preferências, oferecer informações claras e acessíveis e demonstrar interesse genuíno por suas preocupações fortalecem o vínculo terapêutico, aumentam a satisfação com o cuidado, favorecem a adesão ao tratamento e contribuem para melhores desfechos clínicos, sem necessariamente prolongar o tempo de consulta.

As evidências científicas que demonstram a importância da comunicação e da relação médico-paciente encontram expressão concreta na literatura médica. Em *Por um Fio*, Drauzio Varella (Varella, 2004) reúne relatos de sua experiência como médico intensivista e oncologista, descrevendo situações em que a escuta, a empatia e a construção da confiança tornam-se tão importantes quanto os recursos diagnósticos e terapêuticos. Ao acompanhar pacientes diante da terminalidade da vida

e de decisões clínicas complexas, o autor evidencia que o exercício da medicina frequentemente ultrapassa o objetivo de curar doenças, exigindo do profissional capacidade para acolher medos, expectativas, conflitos familiares e dilemas éticos. Seus relatos demonstram que, mesmo quando a cura já não é possível, o cuidado permanece como expressão maior do dever médico para com a dignidade humana, ilustrando, sob a perspectiva da experiência clínica, princípios atualmente reconhecidos pela medicina centrada na pessoa e pelo profissionalismo médico.

Essa compreensão é sintetizada por uma conhecida máxima da tradição médica, popularizada por Edward Livingston Trudeau: **“Curar às vezes, aliviar frequentemente e confortar sempre.”** Embora a autoria original da frase permaneça controversa, ela consolidou-se como um dos mais expressivos símbolos da ética médica ao recordar que a missão do médico não se limita à cura das doenças, mas inclui aliviar o sofrimento, oferecer conforto e preservar a dignidade da pessoa em todas as fases da vida. Mais do que uma síntese da prática clínica, essa máxima reafirma o papel social do médico como cuidador do ser humano em sua integralidade e como profissional comprometido com a promoção da saúde, da dignidade humana e do bem-estar coletivo.

A ampliação da compreensão do cuidado, entretanto, não se limita às dimensões biológica, psicológica, social e cultural. Nas últimas décadas, outra dimensão da experiência humana passou a receber crescente atenção da literatura científica: a espiritualidade.

A história da medicina revela um movimento singular na compreensão do cuidado. Em suas origens, a prática médica esteve profundamente vinculada ao universo religioso, quando a cura era frequentemente compreendida como manifestação da vontade divina, e muitas enfermidades eram interpretadas como castigos ou provações espirituais. Com o desenvolvimento do

método científico e o extraordinário avanço das ciências biomédicas, a prática médica passou a fundamentar-se predominantemente na objetividade, na evidência científica e na mensuração dos desfechos clínicos. Esse processo foi essencial para os avanços diagnósticos e terapêuticos que transformaram a expectativa e a qualidade de vida da população, mas também contribuiu, em muitos contextos, para uma visão mais fragmentada do paciente.

O próprio amadurecimento da ciência passou a reconhecer dimensões anteriormente negligenciadas, entre elas a espiritualidade. Esse reconhecimento não representa um retorno ao misticismo nem uma substituição da medicina baseada em evidências por convicções religiosas, mas o entendimento, fundamentado em crescente produção científica, de que crenças, valores, propósito de vida e fontes de esperança exercem influência mensurável sobre o enfrentamento da doença, a adesão ao tratamento e diversos desfechos em saúde. Nas últimas décadas, estudos observacionais, ensaios clínicos e revisões sistemáticas têm demonstrado associações consistentes entre espiritualidade e melhores indicadores de saúde física e mental, reforçando a necessidade de incorporar essa dimensão ao cuidado centrado na pessoa (Koenig, 2013; Puchalski *et al.*, 2009; Moreira-Almeida; Lotufo Neto; Koenig, 2006).

Nesse contexto, a avaliação espiritual passa a ser compreendida como parte da avaliação clínica ampliada, permitindo ao médico conhecer aspectos da vida do paciente que podem influenciar decisões terapêuticas, comportamentos de saúde e estratégias de enfrentamento do adoecimento. Longe de resgatar o papel do médico como sacerdote, essa abordagem reafirma seu compromisso com uma prática humanista e científica, na qual a melhor evidência disponível é utilizada para compreender o paciente em todas as suas dimensões biológicas, psicológicas, sociais, culturais e espirituais.

6 SACERDOTE OU EMPRESÁRIO? PROFISSIONALISMO E SUSTENTABILIDADE DA PRÁTICA

Esses elementos reafirmam que o exercício da medicina transcende o domínio técnico-científico. Nesse sentido, o profissionalismo médico constitui o elemento que harmoniza as dimensões científica, ética, social e administrativa da profissão. O médico contemporâneo é chamado a integrar excelência científica, competência comunicacional, responsabilidade ética e compromisso social, reconhecendo que o cuidado em saúde envolve não apenas a prevenção, o diagnóstico e o tratamento das doenças, mas também a promoção da autonomia, da dignidade humana e do bem-estar coletivo.

Se a medicina ampliou progressivamente seu compromisso científico, ético e social, resta compreender como a dimensão econômica da profissão se insere nesse processo. Afinal, de que maneira a necessidade de sustentabilidade da prática médica dialoga com sua função social?

À luz dessas transformações, consolidou-se, durante grande parte do século XX, uma visão idealizada do médico como profissional movido exclusivamente pela vocação, frequentemente descrita na literatura como o modelo sacerdotal da medicina. Entretanto, a crescente complexidade dos sistemas de saúde, a profissionalização da gestão, o aumento dos custos assistenciais e as transformações do mercado de trabalho fizeram emergir uma nova dimensão da prática médica, na qual competências administrativas e gerenciais passaram a integrar o cotidiano profissional.

Paralelamente, a medicina passou a inserir-se em um ambiente de crescente complexidade organizacional e econômica. A expansão da saúde suplementar, o aumento da oferta de profissionais, a incorporação de novas tecnologias e a elevação dos custos assistenciais fizeram com que o médico assu-

misse responsabilidades relacionadas à gestão de consultórios, equipes, recursos financeiros e aspectos legais da profissão. Assim, o exercício da medicina passou a incorporar competências tradicionalmente associadas à gestão e à atividade empresarial, indispensáveis para garantir a sustentabilidade da prática sem comprometer a qualidade da assistência.

Essa discussão torna-se ainda mais complexa quando considerada a realidade brasileira. Em um país marcado por profundas desigualdades sociais, econômicas e regionais — os muitos “Brasis” que coexistem em um mesmo território —, conciliar sustentabilidade econômica e compromisso social constitui um dos maiores desafios da prática médica contemporânea. A legitimidade da remuneração profissional não pode ser confundida com a mercantilização do cuidado. Quando a lógica econômica se sobrepõe aos princípios da beneficência, da autonomia, da justiça e da não maleficência, surgem riscos como conflitos de interesse, realização de procedimentos desnecessários, redução do tempo destinado às consultas e enfraquecimento do vínculo terapêutico. A sustentabilidade econômica da profissão é legítima e necessária, desde que permaneça subordinada à centralidade do paciente e aos valores fundamentais do profissionalismo médico.

Reconhecer a legitimidade da sustentabilidade econômica da prática médica também implica superar a falsa oposição entre vocação e remuneração. O exercício da medicina exige longa formação, atualização permanente, elevada responsabilidade técnica, disponibilidade contínua e significativa carga emocional, tornando legítima uma remuneração compatível com essa complexidade. Em diferentes contextos socioculturais — particularmente no Brasil, onde ainda persiste, em parte da sociedade, a percepção de que o êxito financeiro conflita com o ideal vocacional da medicina —, essa associação sim-

plifica uma realidade muito mais complexa. A remuneração justa representa o reconhecimento do trabalho profissional e contribui para a continuidade da assistência, desde que as decisões clínicas permaneçam orientadas pelas necessidades do paciente e pelos princípios do profissionalismo médico, e não pela maximização do lucro.

Assim como os antigos hospitais necessitavam de mecanismos próprios de financiamento para garantir a continuidade da assistência, o exercício contemporâneo da medicina também depende de sustentabilidade econômica. Em ambos os contextos, os recursos financeiros constituem um meio para viabilizar o cuidado, e não a finalidade da atividade médica.

O desafio contemporâneo, portanto, não consiste em escolher entre ser sacerdote ou empresário, mas em integrar competência científica, responsabilidade administrativa e compromisso ético. Mais do que conciliar dimensões aparentemente antagônicas, cabe ao médico colocá-las a serviço do paciente e da sociedade, reconhecendo que a sustentabilidade da prática deve fortalecer — e jamais substituir — os princípios fundamentais do profissionalismo médico. Preservar a confiança da sociedade exige decisões fundamentadas nas melhores evidências científicas, na comunicação empática, no respeito à autonomia e na compreensão das necessidades, dos valores e das expectativas de cada paciente. Dessa forma, a medicina preserva sua essência humanística, ao mesmo tempo em que responde às demandas científicas, organizacionais e econômicas do mundo contemporâneo, reafirmando valores presentes desde a tradição hipocrática: a centralidade do paciente, o compromisso com o cuidado, a integridade profissional e a responsabilidade ética perante a sociedade.

O papel social do médico permanece em constante construção. As transformações da ciência e da sociedade redefinem continuamente a forma de exercer a medicina, mas não sua finalidade essencial: cuidar do ser humano em toda a sua complexidade. Mais do que sacerdote ou empresário, espera-se que o médico seja capaz de integrar competência científica, responsabilidade ética, compromisso social e sustentabilidade da prática, preservando a centralidade do paciente e os valores que historicamente fundamentam a profissão.

REFERÊNCIAS

BIBLIOTECA NACIONAL AUSTRIACA. *Medicine and Health in Vienna: Historical Overview*. Viena: Österreichische Nationalbibliothek, 2024.

CRUESS, Richard L.; CRUESS, Sylvia R.; STEINERT, Yvonne (org.). **Teaching Medical Professionalism: Supporting the Development of a Professional Identity**. 2. ed. Cambridge: Cambridge University Press, 2016.

CURY, Augusto. **O futuro da humanidade**. São Paulo: Academia de Inteligência, 2005.

EPSTEIN, Ronald M.; STREET JR., Richard L. The values and value of patient-centered care. **Annals of Family Medicine**, Leawood, v. 9, n. 2, p. 100-103, 2011.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo Aurélio Século XXI: o dicionário da língua portuguesa**. 5. ed. Curitiba: Positivo, 2010.

GRUEN, Russell L.; PEARSON, Steven D.; BRENNAN, Troyen A. Physician-citizens—public roles and professional obligations. **JAMA**, Chicago, v. 291, n. 1, p. 94-98, 7 jan. 2004. DOI: 10.1001/jama.291.1.94.

HASKARD-ZOLNIEREK, Kelly B.; DIMATTEO, M. Robin. Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis. **Medical Care**, Philadelphia, v. 47, n. 8, p. 826-834, 2009. DOI: 10.1097/MLR.0b013e31819a5acc.

HIPÓCRATES. **Juramento, Lei, Da Arte, Da Antiga Medicina**. Tradução de Henrique F. Cairus. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

KELLEY, John M.; KRAFT-TODD, Gordon; SCHAPIRA, Lidia; KOSSOWSKY, Joe; RIESS, Helen. The influence of the patient-clinician relationship on healthcare outcomes: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. **PLoS ONE**, San Francisco, v. 9, n. 4, e94207, 2014. DOI: 10.1371/journal.pone.0094207.

KOENIG, Harold G. **Medicine, Religion, and Health: Where Science and Spirituality Meet**. West Conshohocken: Templeton Press, 2008.

KOENIG, Harold G. **Spirituality in Patient Care: Why, How, When, and What**. 3. ed. West Conshohocken: Templeton Press, 2013.

MEDICAL PROFESSIONALISM PROJECT. Medical professionalism in the new millennium: a physician charter. **Annals of Internal Medicine**, Philadelphia, v. 136, n. 3, p. 243-246, 2002.

MOREIRA-ALMEIDA, Alexander; LOTUFO NETO, Francisco; KOENIG, Harold G. Religiosidade e saúde mental: uma revisão. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 242-250, 2006.

MOREIRA-ALMEIDA, Alexander; MOSQUEIRO, Bruno Paz; BHUGRA, Dinesh (org.). **Spirituality and Mental Health Across Cultures**. Oxford: Oxford University Press, 2021.

PELLEGRINO, Edmund D. **The Philosophy of Medicine Reborn: A Pellegrino Reader**. Notre Dame: University of Notre Dame Press, 2008.

PELLEGRINO, Edmund D.; THOMASMA, David C. **For the Patient's Good: The Restoration of Beneficence in Health Care**. New York: Oxford University Press, 1988.

PORTER, Roy. **The Greatest Benefit to Mankind: A Medical History of Humanity**. London: HarperCollins Publishers, 1997.

PUCHALSKI, Christina M. *et al.* Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: the report of the Consensus Conference. **Journal of Palliative Medicine**, New Rochelle, v. 12, n. 10, p. 885-904, 2009.

ROCHA, Júlia. **Pacientes que curam: o cotidiano de uma médica do SUS**. São Paulo: Editora Record, 2023.

SCHEFFER, Mário (coord.). **Demografia Médica no Brasil 2023**. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP; Associação Médica Brasileira, 2023.

STEWART, Moira *et al.* **Patient-Centered Medicine: Transforming the Clinical Method**. 3. ed. Boca Raton: CRC Press, 2014.

STREET JR., Richard L. *et al.* How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes. **Patient Education and Counseling**, Amsterdam, v. 74, n. 3, p. 295-301, 2009.

VARELLA, Drauzio. **Por um fio**. São Paulo: Companhia das Letras, 2004.

AMBIENTE, ÁGUA E SANEAMENTO: IMPORTÂNCIA DO SEU ENTENDIMENTO NA FORMAÇÃO E NO EXERCÍCIO DA PROFISSÃO DO MÉDICO E DEMAIS PROFISSIONAIS DA SAÚDE

Luiz Roberto Santos Moraes⁴

1 INTRODUÇÃO: POR QUE ESSES TEMAS SÃO CENTRAIS NA FORMAÇÃO EM SAÚDE?

A relação entre saúde humana e ambiente nunca foi tão evidente quanto nas últimas décadas. Mudanças climáticas, poluição hídrica e atmosférica, desmatamento e saneamento básico ausente ou deficiente estão diretamente associados ao surgimento e agravamento de doenças infecciosas, crônicas e até mesmo de transtornos mentais (Franco Netto; Villardi, 2024). Nesse contexto, a formação de médicos, enfermeiros, nutricionistas, dentistas, farmacêuticos, sanitaristas e demais profissionais da saúde não pode mais ignorar a determinação socioambiental da saúde.

Este capítulo tem como objetivo central discutir por que e como o conhecimento sobre ambiente⁵, água e saneamento deve ser incorporado de forma transversal e prática nos cur-

4 PhD em Saúde Ambiental (LSHTM/University of London), Professor Titular em Saneamento (aposentado) e Professor Emérito da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

5 Será utilizado no presente texto o termo ‘ambiente’, que reforça a compreensão de que as pessoas integram e interagem constantemente com o espaço onde vivem, trabalham e se relacionam, em vez de ‘meio ambiente’ – expressão que pode sugerir uma separação entre o ser humano e seu entorno.

riculos dos cursos da área da saúde, formando profissionais capazes de atuar não apenas na cura e reabilitação, mas sobretudo na prevenção primária e na promoção da saúde coletiva.

2 O PROFISSIONAL DA SAÚDE COMO AGENTE DE SUSTENTABILIDADE

A crescente preocupação com a sustentabilidade ambiental tem alcançado todos os setores da sociedade, e a área da saúde não é exceção. Entretanto, diferentemente de outros setores, os profissionais da saúde assumem a responsabilidade de cuidar da saúde individual e coletiva das pessoas e da saúde ambiental, incluindo a minimização dos impactos ambientais gerados pelos serviços de saúde.

Médicos, enfermeiros, técnicos, gestores e demais trabalhadores da saúde atuam diariamente em ambientes que consomem grandes quantidades de água, energia e materiais descartáveis. Portanto, incorporar princípios de sustentabilidade ambiental na rotina assistencial não é um ato secundário ou voluntário — é uma extensão ética do compromisso com a vida.

Para aqueles que aspiram ingressar na medicina ou em outras carreiras da saúde, é fundamental compreender que a profissão vai muito além do atendimento clínico e dos serviços de saúde. O profissional do presente e do futuro deve ser capaz de:

- Identificar riscos ambientais no território onde atua.
- Orientar pacientes e comunidades sobre a relação entre água contaminada, esgotamento sanitário precário, manejo inadequado de resíduos sólidos, ou seja, ambiente insalubre e doenças.
- Propor e implementar medidas sustentáveis nos serviços de saúde.

- Participar de políticas públicas voltadas para o saneamento básico e a proteção do ambiente e das águas superficiais e subterrâneas.

3 ÁGUA, SANEAMENTO E SAÚDE

3.1 A ÁGUA

A água é uma entidade viva, um bem sagrado, um bem comum, direito dos seres vivos, direito humano essencial. Mas a água também tem direito! A água é um bem comum fundamental da vida. Os bens comuns, ou simplesmente comuns, são parte intrínseca da integridade das condições de vida de todas e todos. O que faz um bem ser comum é o indispensável compartilhamento e o necessário cuidado (Moraes, 2025a).

O planeta Terra tem 1,386 bilhões de km³ de água, sendo 97,5% de água salgada e apenas 2,5% de água doce, e, desse total de água doce, apenas 0,3% correspondem à água de rios e lagos, mais acessível aos seres humanos (Clarke; King, 2005). O Brasil dispõe de 12% da água doce superficial existente no mundo, mas 80% dessa água está na bacia hidrográfica do rio Amazonas, e de aquíferos excepcionais, como Urucuia, Sistema Aquífero Guarani (SAG) e Sistema Aquífero Grande Amazônia (SAGA), este último considerado um dos maiores do mundo, com reserva estimada de 162.520 km³ de água (Abreu; Cavalcante; Matta, 2013), o que daria para abastecer toda a população mundial por 250 anos.

A questão ambiental e em particular a questão da água vem despertando a atenção e interesse da população mundial e a Organização das Nações Unidas (ONU) organizou/realizou a Conferência das Nações Unidas sobre o Meio Ambiente Humano, em Estocolmo-Suécia, em 1972, sendo o primeiro grande encontro global sobre o ambiente, tendo como foco

principal tornar a questão ambiental central para o desenvolvimento, abordando a poluição e a preservação das riquezas naturais⁶ e gerando a Declaração de Estocolmo, com 26 princípios, desencadeando a criação do Programa das Nações Unidas para o Meio Ambiente (PNUMA), e na sequência a Conferência das Nações Unidas sobre a Água, em Mar Del Plata-Argentina, em 1977. Naquele mesmo ano, foi criado o primeiro Plano de Ação, que foi orientado pelos seguintes pressupostos: “todos os povos, independentemente do seu estágio de desenvolvimento e das suas condições socioeconômicas, têm o direito de ter acesso à água potável em quantidade e com uma qualidade equivalente às suas necessidades básicas”. Após vinte anos da primeira Conferência, a ONU realizou a Conferência das Nações Unidas sobre o Meio Ambiente e Desenvolvimento, denominada de ECO-92/RIO-92, sendo lançada na época a Declaração Universal dos Direitos da Água, no Rio de Janeiro, 22 de março de 1992, definindo que:

A presente Declaração Universal dos Direitos da Água foi proclamada tendo como objetivo atingir todos os indivíduos, todos os povos e todas as nações, para que todos os homens, tendo esta Declaração constantemente no espírito, se esforcem, por meio da educação e do ensino, em desenvolver o respeito aos direitos e obrigações anunciados e assumam, com medidas progressivas de or-

6 A expressão ‘recursos naturais’ prevalece nos discursos acadêmicos, políticos e econômicos, consolidando uma lógica de mercantilização da natureza que rejeitamos. Como aponta Rodrigues (2009), tal terminologia está longe de ser neutra: ela reforça uma visão antropocêntrica, na qual o ambiente existe unicamente para alimentar o crescimento capitalista. Em oposição, o conceito de ‘riquezas naturais’ resgata a densidade ecológica e cultural dos bens da natureza, indo além da simples ideia de exploração. A crítica ao termo ‘recurso’ não é meramente semântica, mas profundamente política — pois ela revela quem se apropria, quem controla, quem usufrui e quem é excluído dessas riquezas. A água exemplifica claramente essa distinção: encará-la como ‘recurso’ abre caminho para privatizações; reconhecê-la como ‘riqueza’ impõe uma gestão pública e sustentável.

dem nacional e internacional, o seu reconhecimento e a sua aplicação efetiva.

Art. 1º – A água faz parte do patrimônio do planeta. Cada continente, cada povo, cada nação, cada região, cada cidade, cada cidadão é plenamente responsável aos olhos de todos.

Art. 2º – A água é a seiva do nosso planeta. Ela é a condição essencial de vida de todo ser vegetal, animal ou humano. Sem ela, não poderíamos conceber como são a atmosfera, o clima, a vegetação, a cultura ou a agricultura. O direito à água é um dos direitos fundamentais do ser humano: o direito à vida, tal qual é estipulado no art. 3º da Declaração Universal dos Direitos do Homem.

Art. 3º – Os recursos naturais de transformação da água em água potável são lentos, frágeis e muito limitados. Assim sendo, a água deve ser manipulada com racionalidade, precaução e parcimônia.

Art. 4º – O equilíbrio e o futuro do nosso planeta dependem da preservação da água e de seus ciclos. Estes devem permanecer intactos e funcionando normalmente para garantir a continuidade da vida sobre a Terra. Este equilíbrio depende, em particular, da preservação dos mares e oceanos, por onde os ciclos começam.

Art. 5º – A água não é somente uma herança dos nossos predecessores; ela é, sobretudo, um empréstimo aos nossos sucessores. Sua proteção constitui uma necessidade vital, assim como uma obrigação moral do homem para com as gerações presentes e futuras.

Art. 6º – A água não é uma doação gratuita da natureza; ela tem um valor econômico: precisa-se saber que ela é, algumas vezes, rara e dispendiosa e que pode muito bem escassear em qualquer região do mundo.

Art. 7º – A água não deve ser desperdiçada, nem poluída, nem envenenada. De maneira geral, sua utilização deve ser feita com consciência e discernimento para que não se chegue a uma situação de esgotamento ou de deterioração da qualidade das reservas atualmente disponíveis.

Art. 8º – A utilização da água implica o respeito à lei. Sua proteção constitui uma obrigação jurídica para todo homem ou grupo social que a utiliza. Esta questão não deve ser ignorada nem pelo homem nem pelo Estado.

Art. 9º – A gestão da água impõe um equilíbrio entre os imperativos de sua proteção e as necessidades de ordem econômica, sanitária e social.

Art. 10 – O planejamento da gestão da água deve levar em conta a solidariedade e o consenso em razão de sua distribuição desigual sobre a Terra (Ifrah, 1992, s.p.).

A Declaração Universal dos Direitos da Água busca alcançar cada indivíduo, cada povo e todas as nações, devendo adotar medidas progressivas — nos âmbitos local, regional, nacional e internacional — que garantam o seu reconhecimento e a sua aplicação efetiva. Em também um outro grande esforço, de inúmeros grupos, movimentos e organismos internacionais propuseram o Contrato Mundial da Água, animado por dois objetivos principais: i) acesso básico à água para todos os seres humanos e todas as comunidades humanas (um direito inalienável, político, social e econômico, ao mesmo tempo individual e coletivo); e ii) gerenciamento integrado e sustentável da água, de acordo com princípios de solidariedade (dever da responsabilidade individual e coletiva pelas demais comunidades humanas, pela população mundial, pelas gerações futuras, e pelo ecossiste-

ma Terra; princípio de compartilhar, e conservação/proteção da água), com o estabelecimento de metas e princípios a saber (Petrella, 2002, p. 151):

1. A água “fonte de vida” pertence aos habitantes da Terra.
2. O direito à água é inalienável, individual e coletivo.
3. A água deve contribuir para a solidariedade da vida entre comunidades, países, sociedades, gêneros e gerações.
4. A água é um problema de cidadania e de democracia.
5. Qualquer política da água implica em um elevado nível de democracia ao nível local, nacional, continental, mundial.
6. O acesso à água passa necessariamente pela parceria. É tempo de ultrapassar as lógicas dos “senhores das guerras” e dos conflitos econômicos pela hegemonia e conquista dos mercados.
- 7 A responsabilidade financeira da água deve ser simultaneamente coletiva e individual segundo os princípios da responsabilidade e da utilidade.

3.2 DIREITO À ÁGUA E SAÚDE

A água é de grande importância para todos os seres vivos e para a vida e a saúde da população humana: a água para beber, como alimento; para fins higiênicos; para a produção e preparação de nossos alimentos; para lavar os utensílios utilizados; para a limpeza da moradia, além de inúmeros outros usos. Inúmeras doenças ou enfermidades estão relacionadas à ausência, à pouca disponibilidade ou à qualidade

inadequada da água, bem como à água utilizada retornada ao ambiente na forma de esgotos sanitários: parasitoses intestinais, diarreias, leptospirose, esquistossomose, dengue, zika e chikungunya são doenças relacionadas à água, só para citar algumas (Rêgo; Larrea-Killinger; Barreto, 2024).

A ONU, após 33 anos de lutas, aprovou a Resolução A/RES/64/292, em Assembleia Geral realizada em 28 de julho de 2010, sem nenhum voto contrário, com 122 votos favoráveis, inclusive do Brasil, e 41 abstenções, reconhecendo formalmente o direito à água de beber, segura e limpa, e ao esgotamento sanitário como direitos humanos essenciais para a plena realização dos outros direitos humanos e da dignidade humana, sendo um marco fundamental para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS 6 – alcançar o acesso universal e equitativo à água potável e ao esgotamento sanitário para todas e todos, até 2030). Posteriormente, a Resolução A/RES/70/169, de 2015, estabeleceu direitos distintos à água potável e ao esgotamento sanitário, considerando que o direito humano a este último garante que todas as pessoas, sem discriminação, tenham acesso físico e econômico a facilidades para disposição de excretas humanas/esgotos sanitários, em todas as esferas da vida, além do domicílio, com ênfase nos espaços públicos (principalmente as populações em situação de rua e as pessoas que trabalham na rua), escolas, unidades de saúde e presídios, de forma segura, higiênica, social e culturalmente aceitável, a fim de proporcionar privacidade e garantir dignidade e direitos (Moraes, 2025b; Borja; Moraes; Souza, 2024).

Dessa forma, a água não é mercadoria; os serviços públicos de abastecimento de água e de esgotamento sanitário não podem ser tratados como um negócio, como quer o capital, como pratica a iniciativa privada, como está acontecendo hoje no mundo e no Brasil. Não podemos permitir que a água seja

considerada um ativo financeiro, para ser cotizada em mercado de futuros (ou de derivados ou de opções).

Após profícuas discussões na VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), marco histórico para a Saúde Pública brasileira e a primeira aberta ao público, e de suas proposições e as do Movimento da Reforma Sanitária encaminhadas e discutidas na Assembleia Nacional Constituinte, foi promulgada, em 05/10/1988, a nova Constituição Federal (CF/1988, a “Constituição Cidadã”), que estabelece importantes dispositivos, relacionando a saúde, o ambiente e o saneamento básico, como: o Art. 23. É competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios; incisos: VI - proteger o meio ambiente e combater a poluição em qualquer de suas formas; IX - promover programas de construção de moradias e a melhoria das condições habitacionais e de saneamento básico; o Art. 196 – A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação; o Art. 198 – As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: descentralização, com direção única em cada esfera de governo; incisos: II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III – participação da comunidade (regulamentado pela Lei n. 8.142/1990); o Art. 200 – Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei (Lei n. 8.080/1990); incisos: V – participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico; VI – fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu

teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano; VIII – colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho; e o Art. 225 - Todos têm direito ao meio ambiente ecologicamente equilibrado, bem de uso comum do povo e essencial à sadia qualidade de vida, impondo-se ao Poder Público e à coletividade o dever de defendê-lo e preservá-lo para as presentes e futuras gerações (grifos do autor; Brasil, 1988).

O enfoque da intersetorialidade pode ser visto em diversos instrumentos legais, como, acima, em dispositivos da CF/1988, que define também como competência da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios a proteção do ambiente, a promoção de programas de moradias e de melhorias habitacionais e do saneamento básico, que promovem saúde (Souza *et al.*, 2024; Borja; Souza; Moraes, 2024). Como visto, a CF/1988 também estabelece que a área da saúde deve participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico, o que ainda é pouco conhecido e considerado pelos médicos e demais profissionais da saúde.

A seguir, são apresentados alguns dispositivos da Lei n. 8.080/1990 (Brasil, 1990), Lei Orgânica da Saúde, que regulamenta dispositivos da CF/1988, de importância para a integração das áreas de saúde, saneamento básico e ambiente e para a construção e implementação da intersetorialidade, que merecem conhecimento e consideração dos médicos e demais profissionais da saúde:

1. Fundamentação conceitual: determinantes sociais da saúde (Art. 3º): o saneamento básico é listado como fator determinante e condicionante da saúde, ao lado de moradia, alimentação, ambiente, trabalho, renda, educação, transporte e lazer.

Para a prática profissional: médicos e demais profissionais devem compreender que a saúde não se restringe ao atendimento clínico – exige atuação sobre a determinação social e os determinantes sociais, incluindo o saneamento básico.

2. Saúde como direito e dever do Estado (Art. 2º e § 1º): a saúde é direito fundamental, e o Estado deve prover condições para seu pleno exercício. O dever do Estado inclui a reformulação e a execução de políticas econômicas e sociais para redução de riscos de doenças.

Para a prática profissional: fundamenta a advocacia em saúde e a atuação em políticas públicas, não apenas na assistência.

3. Campo de atuação do SUS (Art. 6º): inclui expressamente: inciso II – participação na formulação da política e execução de ações de saneamento básico; inciso V – colaboração na proteção do ambiente (inclusive o do trabalho); inciso VIII – fiscalização e inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano.

Para a prática profissional: profissionais da saúde (especialmente sanitaristas, enfermeiros, médicos da família, agentes comunitários, vigilância sanitária e vigilância em saúde ambiental) têm atribuição legal para atuar diretamente no saneamento básico e na fiscalização/vigilância da qualidade da água.

4. Princípio da integração (Art. 7º, inciso X): diretriz obrigatória: integração, em nível executivo, das ações de saúde, ambiente e saneamento básico.

Para a prática profissional: impõe a intersetorialidade como princípio organizador do trabalho – nenhum profissional de saúde pode ignorar a articulação com saneamento básico e ambiente.

5. Comissões intersetoriais (Arts. 12 e 13): Art. 12: criação e funcionamento de comissões intersetoriais subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde para articular políticas de interesse para a saúde; Art. 13, inciso II: essas comissões abrangem, especialmente, saneamento básico e ambiente.

Para a prática profissional: profissionais podem e devem integrar ou dialogar com essas comissões – espaço para controle social e planejamento intersetorial.

6. Atribuições comuns (Art. 15): inciso II – acompanhamento, avaliação e divulgação do nível de saúde da população e das condições ambientais; inciso VII – participação na formulação da política e execução de ações de saneamento básico e colaboração na proteção/recuperação do ambiente; inciso XV – proposição de convênios internacionais sobre saúde, saneamento e ambiente.

Para a prática profissional: atividades de vigilância em saúde ambiental e epidemiológica são legalmente atribuídas aos gestores e equipes de saúde.

7. Competências da direção nacional do SUS (Art. 16): inciso II, alínea “b”: participar da formulação e implementação da política de saneamento básico; inciso IV – participar da definição de mecanismos de controle de agravos sobre o ambiente que tenham repercussão na saúde humana.

Para a prática profissional: orienta a atuação de órgãos centrais de vigilância (como Ministério da Saúde e ANVISA) e sua articulação com os de saneamento básico.

8. Competências da direção estadual do SUS (Art. 17): inciso V – participar, junto com órgãos afins, do controle dos agravos do ambiente que tenham repercussão na saúde humana; inciso VI – participar da formulação da política e execução de ações de saneamento básico.

Para a prática profissional: equipes estaduais de vigilância em saúde ambiental e de saúde do trabalhador têm base legal para exigir e executar ações integradas com saneamento básico e ambiente.

9. Competências da direção municipal do SUS (Art. 18): inciso IV, alínea “d” – executar serviços públicos de saneamento básico; inciso VI – colaborar na fiscalização das agressões ao ambiente com repercussão na saúde humana e atuar junto a órgãos competentes para controlá-las.

Para a prática profissional: Atenção Básica, Vigilância Sanitária e Vigilância em Saúde Ambiental têm atribuição legal para atuar no saneamento básico e no controle ambiental – base para ações como eliminação de criadouros de vetores, fiscalização/vigilância da qualidade da água de consumo humano, dentre outras (Brasil, 1990).

O Quadro 1 apresenta uma síntese dos dispositivos da Lei n. 8.080/1990 acima elencados, relacionando saúde, saneamento básico e ambiente, para a formação e prática profissional.

QUADRO 1 – SÍNTESE DOS DISPOSITIVOS DA LEI N. 8.080/1990, RELACIONANDO SAÚDE, SANEAMENTO BÁSICO E AMBIENTE

Dimensão	Conteúdo essencial
Conceitual	Saneamento básico e ambiente são considerados fatores determinantes e condicionantes da saúde (Art. 3º.)
Direito	Saúde como direito fundamental que exige políticas de saneamento básico (Art. 2º)
Atribuição do SUS	Formulação da política e execução de ações de saneamento básico, fiscalização/vigilância da qualidade da água para consumo humano e alimentos (Art. 6º)
Princípio organizativo	Integração executiva entre saúde, ambiente e saneamento básico (Art. 7º, X)
Espaços institucionais	Comissões intersetoriais (saneamento e ambiente) (Arts. 12 e 13)
Atribuições dos gestores	União, estados e municípios devem atuar no saneamento básico e controle ambiental (Arts. 15 a 18)

Fonte: elaboração própria.

Resumindo para a prática profissional: a Lei n. 8.080/1990 não limita o SUS à unidade de saúde, ao consultório ou ao hospital. Ela estabelece que médicos, enfermeiros, sanitaristas e demais profissionais da saúde devem: i) reconhecer que as condições ambientais e a ausência ou deficiência de saneamento básico podem impactar a saúde e causar o adoecimento das pessoas; ii) atuar na formulação, execução e fiscalização de políticas de saneamento básico e de ambiente; iii) buscar a integração intersetorial (saúde, saneamento e ambiente) nos conselhos, comissões e planos de governo; e iv) usar a lei para justificar ações de vigilância em saúde ambiental, vigilância da qualidade da água para consumo humano e do ambiente e participação em audiências e consultas públicas sobre saneamento básico e ambiente. Em suma: a Lei Orgânica da Saúde torna o saneamento básico uma responsabilidade explícita do SUS, indo muito além do cuidado individual. Para médicos e demais profissionais da saúde, dominar esses dispositivos é essencial para uma prática comprometida com a promoção da saúde, a prevenção de doenças e a redução das desigualdades socioambientais.

Também importante para o conhecimento dos profissionais da área da saúde são alguns dispositivos da Lei n. 11.445/2007 (Marco Legal Regulatório do Saneamento Básico), que regula o Art. 21, inciso XX, da CF/1988, após dezoito anos de sua promulgação, e que estabelece diretrizes nacionais para o saneamento básico e para a Política Federal de Saneamento Básico (Brasil, 2007). A seguir, encontram-se também destacados alguns dos dispositivos essenciais para a formação e prática profissional na área da saúde, com redação dada pela Lei n. 14.026/2020 (Brasil, 2020), importantes para a integração das áreas de saneamento básico, saúde e ambiente, bem como para a construção e implementação da intersetorialidade e do controle social:

1. Princípios fundamentais (Art. 2º): inciso III – o saneamento deve ser adequado à saúde pública, à conservação das riquezas naturais e à proteção ambiental; inciso IV – serviços de drenagem e manejo de águas pluviais devem ser adequados à saúde pública e à proteção do meio ambiente; inciso VI – articulação obrigatória entre saneamento básico e políticas de promoção da saúde, desenvolvimento urbano, habitação, águas e combate à pobreza.

2. Conceitos centrais (Art. 3º): inciso I – define saneamento básico como os quatro componentes: abastecimento de água; esgotamento sanitário; manejo e drenagem de águas pluviais; limpeza urbana e manejo de resíduos sólidos – conhecimento necessário para associar doenças a deficiências sanitárias; inciso IV – define controle social – mecanismos de participação da sociedade, essenciais para profissionais que atuam em conselhos de saúde, elaboração e implementação de planos, consultas e/ou audiências públicas.

3. Planejamento com base em saúde pública (Art. 9º): inciso III – obriga os titulares dos serviços a definir parâmetros para atendimento essencial à saúde pública, incluindo volume mínimo per capita de água e normas de potabilidade; inciso V – exige mecanismos de controle social – espaço para atuação profissional na vigilância em saúde e advocacy.

4. Instrumentos técnicos para diagnóstico em saúde (Art. 19): inciso I – o plano de saneamento básico deve conter diagnóstico com sistema de indicadores sanitários, epidemiológicos, ambientais e socioeconômicos – ferramenta direta para médicos, enfermeiros, sanitaristas e epidemiologistas; incisos II e III – metas e ações compatíveis com planos de saúde – exige integração intersetorial.

5. Participação e informação (Arts. 19, § 5º; 51; 47): audiências e consultas públicas garantem participação profissional

e comunitária; Art. 47: criação de órgãos colegiados com representação de usuários, entidades técnicas e defesa do consumidor – profissionais de saúde podem integrar esses colegiados.

6. Diretrizes federais com foco sanitário (Art. 48): inciso V – melhoria da qualidade de vida e condições de saúde pública; inciso VII – garantia de atendimento à população rural com soluções compatíveis; inciso IX – critérios de prioridade baseados em riscos sanitários, epidemiológicos e ambientais – fundamento para ações de vigilância em saúde.

7. Objetivos da Política Federal (Art. 49): incisos III e IV – condições de salubridade para povos indígenas, populações tradicionais, rurais e núcleos isolados – relevante para saúde intercultural e atenção primária; inciso IX – priorização por riscos sanitários e epidemiológicos – base para alocação de recursos e planejamento territorial em saúde; inciso XII – controle de perdas de água, racionalização do consumo, reúso de efluentes e aproveitamento de águas pluviais – temas de saúde ambiental.

8. Plano Nacional de Saneamento Básico (Art. 52): § 1º, inciso I – abrange ações para melhoria da salubridade ambiental, incluindo provimento de banheiros e unidades hídrossanitárias para populações de baixa renda – impacto direto na prevenção de doenças diarreicas e parasitárias; inciso III – programa específico para áreas rurais; inciso V – ações em núcleos urbanos informais consolidados – essencial para atuação em territórios vulneráveis (Brasil, 2007).

Importância síntese para o profissional da saúde – A Lei n. 11.445/2007 (alterada pela Lei n. 14.026/2020) é um instrumento jurídico-sanitário que: i) reconhece o saneamento básico como condição para a saúde pública; ii) exige planejamento baseado em indicadores de saúde e ambiente; iii) garante controle social (participação em conselhos, elaboração e implementação

de planos, audiências); iv) prioriza populações vulneráveis e áreas de risco epidemiológico; e v) impõe articulação intersetorial (saúde – saneamento – ambiente – águas – habitação).

Conclusão para a prática: ignorar essa lei limita a capacidade do profissional de saúde de atuar na promoção da saúde coletiva, prevenção de doenças relacionadas ao saneamento básico inexistente ou deficiente, redução de desigualdades socioambientais e advocacy por políticas públicas efetivas.

Desse modo, conta-se atualmente no Brasil com disposições legais que contribuem para a integração das áreas de saúde, saneamento e ambiente e para a construção e implementação (relacionadas às condições do Estado de mobilizar recursos técnicos, institucionais, financeiros e políticos exigidos para a execução de suas decisões) da intersetorialidade, que precisam ser conhecidas e consideradas pelos profissionais dessas áreas e pela sociedade brasileira em geral, visando à sua implementação e aprimoramento.

3.3 ÁGUA E SANEAMENTO BÁSICO: PILARES ESQUECIDOS DA FORMAÇÃO EM SAÚDE⁷

O conceito de saneamento, como qualquer outro, vem sendo socialmente construído ao longo da história da humanidade, em função das condições materiais e sociais de cada época, do avanço do conhecimento e de sua apropriação pela população. A noção de saneamento ambiental assume conteúdos diferenciados em cada cultura, em virtude da relação existente entre homem e natureza e, também, em cada classe social, relacionando-se, nesse caso, às condições materiais de existência e ao nível de informação e conhecimento (Borja; Moraes, 2006; Moraes, 2023).

⁷ A partir de Moraes (2025a).

As desigualdades nas condições materiais de existência impostas pelo modelo capitalista têm determinado os padrões de saúde das populações. Sendo o saneamento uma medida essencial de saúde pública, em face do conjunto de enfermidades e agravos relacionados à sua falta ou precariedade, o empenho da sociedade para promovê-lo está incluído nos esforços da promoção da saúde e da qualidade de vida da população, especialmente a mais vulnerabilizada.

O saneamento envolve um conjunto de medidas que visam promover a salubridade ambiental e a higiene doméstica e pessoal, em face da pouca quantidade e/ou da qualidade duvidosa da água utilizada; do contato com a água poluída; das excretas humanas e resíduos sólidos domiciliares manejados e dispostos de forma inadequada no ambiente; das águas de chuvas manejadas de forma imprópria, empoçadas ou causando inundações; do ar alterado em sua qualidade; e do excesso de ruídos. Ou seja: saneamento é o ato de tornar o espaço são, habitável, higiênico, salubre e saudável.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define saneamento como o controle de todos os fatores do meio físico do homem que exercem ou podem exercer efeitos deletérios sobre seu bem-estar físico, mental ou social, ficando clara a relação do saneamento com o ambiente e com a proteção e a promoção da saúde. Com isso, observa-se forte relação entre saneamento e salubridade, já que o primeiro é a ação que visa dispor de ambientes salubres, com o objetivo de promover a saúde e prevenir doenças.

Assim, a salubridade ambiental pode ser entendida como o estado de qualidade ambiental capaz de prevenir a ocorrência de doenças relacionadas ao ambiente e de promover as condições ecológicas favoráveis ao pleno gozo da saúde e do

bem-estar das populações urbanas e rurais, incluindo nestas últimas os povos do campo, da floresta e das águas.

Garantir a salubridade ambiental, indispensável à segurança sanitária, à saúde e à melhoria da qualidade de vida, é direito e dever de todos os seres humanos e obrigação do Estado, devendo ser assegurada por políticas públicas e sociais. Em face do seu caráter coletivo, a promoção do saneamento deveria assumir uma posição prioritária no orçamento público nas diversas esferas de governo, devendo ser observada a qualificação do gasto público por meio da eficiência gerencial, da transparência pública e do controle social. As intervenções carecem de observância quanto ao padrão tecnológico, que deve ser apropriado às condições sociais, culturais, ambientais e institucionais, de forma a garantir a sua universalidade, integralidade e o seu pleno uso, com manutenção e operação adequadas.

As ações de saneamento conformam uma série de medidas que promovem a salubridade ambiental e a saúde, contribuem para a adequada ocupação do solo urbano e são também essenciais no meio rural. Abrangem o abastecimento de água, o manejo adequado de excretas humanas/esgotos sanitários e de resíduos sólidos, o manejo e drenagem de águas pluviais, o controle ambiental de vetores e reservatórios de doenças transmissíveis, a prevenção e o controle da qualidade do ar e do excesso de ruídos e, mesmo, a preocupação com a melhoria das condições de habitação e a educação sanitária e ambiental. Atualmente, utiliza-se o conceito mais amplo de saneamento ambiental.

A promoção e a melhoria da saúde da população e da salubridade ambiental, nas cidades e no meio rural, passam também pelo acesso às ações e aos serviços públicos de saneamento básico. O Estatuto da Cidade (Lei n. 10.257/2001)

entende o direito ao saneamento ambiental, para as presentes e futuras gerações, como parte do direito a cidades sustentáveis, importante diretriz da política urbana.

Seja no campo ou na cidade, a formulação e a implementação de política pública de saneamento básico, de forma democrática e integrada, pelas três esferas de governo, tornam-se necessárias para reduzir as desigualdades sociais e regionais e proporcionar a todos os cidadãos o acesso, com qualidade, a essas ações e serviços essenciais à saúde pública.

A Constituição do Estado da Bahia, de 1989, avança quando estabelece, no Art. 227, que todos os cidadãos têm direito aos serviços públicos de saneamento básico, entendidos, fundamentalmente, como de saúde pública, compreendendo o abastecimento de água, esgotamento sanitário, manejo de águas pluviais, manejo de resíduos sólidos, controle de vetores transmissores de doenças e atividades relevantes para a promoção da qualidade de vida. Dessa forma, consagra o texto constitucional a essencialidade destes serviços, exigindo do Poder Público e da sociedade a formulação de políticas, elaboração de planos e implementação de programas, projetos e ações, no sentido de torná-los universais.

Apesar do reconhecimento da importância das ações de saneamento para a coletividade, o Brasil chega à segunda década do terceiro milênio e do século XXI sem que esses serviços tenham sido levados a todas e todos. No caso da Bahia, os serviços públicos de saneamento básico são ainda inapropriados e deficientes em muitos locais, ou inexistentes em outros, gerando impactos negativos no ambiente e na saúde da população baiana (Rêgo; Larrea-Killinger; Barreto, 2024).

O Censo de 2022, realizado pelo IBGE, mostra que, na Bahia, 83,12% dos domicílios particulares permanentes ocupados tinham acesso à água canalizada, 62,24% tinham acesso

à rede coletora de esgotos sanitários ou dispunham de fossa séptica e 83,37% eram atendidos com coleta de resíduos sólidos domiciliares, configurando um quadro em que há muito por fazer em busca da universalização desses serviços, bem como visando atingir a Meta 6 dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), em 2030, estabelecidos pela Organização das Nações Unidas (ONU).

A situação de saneamento básico na Bahia revela, também, uma distribuição desigual dos serviços, sendo que o quadro se torna mais crítico nos assentamentos humanos de áreas periurbanas das cidades maiores, nas pequenas localidades e em residências das populações do campo, da floresta e das águas. Apesar dos investimentos realizados nas últimas décadas, o déficit persistente dos serviços, ainda elevado, como mostrado pelos dados oficiais, revela a necessidade não só de mais investimentos, mas também de utilização de tecnologias apropriadas às realidades socioambientais locais, de dar ênfase ao uso racional da água, de adoção de práticas de não geração ou minimização da geração de esgotos sanitários, resíduos sólidos, emissões atmosféricas e ruídos, de uso do saneamento ecológico, de gestão adequada dos serviços, além da apropriação dos serviços pelos usuários-cidadãos, da qualificação do gasto público e da formulação de arcabouço jurídico-institucional, a fim de fortalecer o princípio da função social dos serviços públicos de saneamento básico.

Tais estratégias vêm sendo defendidas por diversos segmentos da sociedade, mas, apesar dos pequenos avanços entre 2003 e 2014, o que tem sido observado é um retrocesso significativo no campo das políticas públicas de saneamento no Brasil. Com a quebra da institucionalidade, o avanço do ideário de extrema direita e o aprofundamento da ordem neoliberal no País, a implementação de políticas públicas vem sendo relegada, enquanto a água é tratada como uma

mercadoria (lógica da mercantilização) e, mais recentemente, como ativo financeiro (lógica da financeirização), o que implicará em níveis maiores de desigualdade em seu acesso, pois será necessário dispor de dinheiro para comprá-la. Além disso, nos países ditos em desenvolvimento, como o Brasil, tal ordem tem conduzido o Estado a se desresponsabilizar da prestação dos serviços públicos de saneamento básico, principalmente os de abastecimento de água e de esgotamento sanitário, por meio de amplos mecanismos e formas de privatização. Esse cenário irá provocar aumento da exclusão social e do uso do patrimônio ambiental como mercadoria, impactando ainda mais negativamente o ambiente e a saúde e o bem-estar da população.

Cabe destacar aqui que a privatização dos serviços públicos de saneamento básico em todo o mundo, em atendimento aos interesses do mercado mundial da água, tem levado à precarização dos serviços prestados à população e das relações de trabalho, ao aumento de tarifas, à quebra de contratos e à falta de transparência, onerando ainda mais o Poder Público e a sociedade, motivo pelo qual muitos municípios, em diferentes continentes e países, têm desprivatizado/reestatizado os serviços, voltando a prestá-los diretamente (Kishimoto; Steinfort; Petitjean, 2020).

É indispensável instituir política pública de saneamento ambiental, em sintonia com os princípios básicos do eco-desenvolvimento, como: satisfação das necessidades básicas da população; solidariedade com as gerações futuras; participação da população envolvida; preservação das riquezas naturais e do ambiente em geral; elaboração de um sistema social que garanta emprego, segurança social e respeito a outras culturas; e programas de educação.

Um exemplo nessa direção foi dado na Bahia pelo Município de Alagoinhas, que, por meio de processo democrático e participativo, em governo do Partido dos Trabalhadores (PT), aprovou a Lei n. 1.460/2001, dispondo sobre a Política Municipal de Saneamento Ambiental e seus instrumentos. Tal Política estabelece que, caso o Município resolva conceder os serviços públicos de saneamento ambiental para a iniciativa privada, além de lei autorizativa, será necessário o referendo popular por meio de plebiscito, com aprovação de dois terços dos votantes. O Município também criou como instrumento básico o Sistema Municipal de Saneamento Ambiental, composto de Plano Municipal de Saneamento Ambiental, Fundo Municipal de Saneamento Ambiental e Sistema Municipal de Informações em Saneamento, além de contar com instrumentos de participação e controle social, como a Conferência Municipal de Saneamento Ambiental e o Conselho Municipal de Saneamento Ambiental. Este último tem caráter deliberativo, regulador e fiscalizador, contando, na sua composição, com a participação do Poder Público e, de forma majoritária, com representantes de organizações da sociedade civil. Depois foi elaborado, também de forma participativa, o Plano Municipal de Saneamento Ambiental de Alagoinhas, por convênio entre a Prefeitura Municipal e a Universidade Federal da Bahia (Moraes; Borja, 2009). Como resultados, os investimentos têm sido ampliados e qualificados, o acesso aos serviços públicos de saneamento ambiental, tanto da população urbana quanto da rural, vem crescendo, bem como o impacto positivo na saúde dessas populações, e a qualidade dos serviços e a relação prestador público do serviço—usuário-cidadão têm melhorado significativamente. Quando do prazo estabelecido pela referida Lei para a realização da 2ª Conferência Municipal de Sanea-

mento Ambiental, o Município de Alagoinhas, buscando construir a integração entre as áreas de Saúde, Saneamento e Meio Ambiente, inovou e realizou a 1ª Conferência Municipal Intersetorial de Saúde, Saneamento Ambiental e Meio Ambiente, discutindo e avaliando as três políticas públicas e contribuindo com deliberações para as conferências estadual e nacional das Cidades, da Saúde e do Meio Ambiente (Moraes, 2007).

A natureza de uma ação de saneamento ambiental a coloca como essencial à vida humana e à proteção ambiental. Sendo uma ação eminentemente coletiva, em face da repercussão da sua ausência, ela se constitui em uma meta social, situada no plano coletivo, em que os indivíduos, a comunidade e o Estado têm papéis a desempenhar. Dada a sua natureza, o esforço para a sua promoção deve ocorrer em vários níveis, envolvendo diversos atores. As ações de saneamento ambiental, além de serem, fundamentalmente, de saúde pública e, também, de proteção ambiental, constituem-se em serviços essenciais, direito social do cidadão e dever do Estado. Desse modo, a promoção das ações de saneamento ambiental está mais compatível com as políticas públicas e sociais (Borja, 2004).

O grande desafio que se coloca para o Poder Público e os diversos segmentos da sociedade é a construção de uma nova ordem socioambiental pautada na ética, nos quatro tipos de justiça: social, ambiental, sanitária e cognitiva (Porto, 2019), bem como na colaboração, solidariedade, transparência e participação, e na promoção de ações e serviços públicos de saneamento ambiental, cuja política deve ser baseada nos princípios da universalidade, equidade, integralidade, participação e controle social, gestão pública e titularidade municipal, dentre outros.

3.3.1 A REALIDADE BRASILEIRA E GLOBAL

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), cerca de 2,2 bilhões de pessoas no mundo não têm acesso à água potável gerenciada de forma segura, e 3,4 bilhões não dispõem de soluções adequadas para o manejo de excretas humanas/esgotos sanitários (WHO; UNICEF, 2025). No Brasil, embora tenhamos avançado ao longo das décadas, segundo o Censo 2022, 49,0 milhões de pessoas (24,3%) ainda vivem sem manejo adequado de esgotos sanitários, ou seja, sem soluções apropriadas às realidades socioambientais locais ou com rede coletora e tratamento destes (IBGE, 2022b). O Censo 2022 também registra que 192,3 milhões de pessoas (95,1%) eram atendidas por rede de distribuição de água. Para 2,5% da população, a água chegava por rede, porém apenas até o terreno. 2,4% não eram atendidos por rede (IBGE, 2022a).

3.3.2 IMPACTOS DIRETOS NA PRÁTICA PROFISSIONAL

Um médico que atua na atenção primária, ao atender uma criança com diarreia recorrente, deve ser capaz de investigar não apenas aspectos nutricionais ou microbiológicos, mas também as condições de armazenamento de água na casa onde ela reside, a presença de fossa mal localizada, construída e operada ou de esgoto a céu aberto e o manejo e destino dos resíduos sólidos do domicílio. Essas competências não são inatas — precisam ser ensinadas e praticadas durante o curso de graduação.

4 O QUE PODERIA MUDAR NA FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE?

Para formar profissionais da saúde preparados para os desafios do século XXI, torna-se necessário repensar os currículos, as metodologias e os cenários de ensino-aprendizagem.

4.1 ALGUMAS COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS A SEREM DESENVOLVIDAS

- Compreensão dos determinantes socioambientais da saúde – incluindo ciclos hidrológicos, poluição, mudanças climáticas, saneamento básico e seus impactos/reflexos epidemiológicos, dentre outros.
- Habilidade de diagnóstico ambiental comunitário – saber mapear riscos relacionados à água, ao solo e ao ar no território de atuação.
- Capacidade de intervenção e orientação – prescrever não apenas medicamentos, mas também medidas como fervura da água, cloração caseira, proteção de nascentes e manejo adequado de resíduos sólidos.
- Gestão sustentável em serviços de saúde – reduzir o consumo de água, otimizar o uso de energia, implementar coleta seletiva e manejo adequado de resíduos dos serviços de saúde.
- Advocacia em políticas públicas – participar de conselhos de saúde, audiências públicas e comitês de bacia hidrográfica, defendendo o saneamento básico como essencial à vida e à saúde e direito humano fundamental.

4.2 ESTRATÉGIAS PEDAGÓGICAS SUGERIDAS

A seguir, são sugeridas algumas estratégias, como:

- Integração com a Atenção Primária à Saúde (APS): visitas domiciliares com roteiro ambiental; análise de córregos, poços e caixas d'água.
- Estudos de caso interprofissionais: equipes mistas (medicina, enfermagem, engenharia sanitária e ambiental, geografia) resolvendo problemas reais de abastecimento de água e esgotamento sanitário, dentre outras condições ambientais.
- Uso de simulação e realidade virtual: cenários de surtos relacionados à água contaminada.

- Projetos de extensão comunitária: construção de filtros caseiros, mutirões de limpeza de nascentes, educação em saúde sobre armazenamento e uso seguro da água.
- Disciplinas obrigatórias sobre saúde ambiental, saneamento básico e sustentabilidade nos primeiros anos da graduação, com continuidade ao longo do curso.

5 O PAPEL INTERPROFISSIONAL NA PROMOÇÃO DO SANEAMENTO BÁSICO E DA SAÚDE AMBIENTAL

Nenhum profissional da saúde age sozinho. O enfrentamento dos problemas relacionados à água e ao saneamento básico exige trabalho interprofissional e intersetorial. Médicos prescrevem tratamento, mas não constroem e operam redes coletoras de esgotos sanitários; enfermeiros orientam famílias, mas não operam estações de tratamento de água; dentistas identificam fluorose por excesso de flúor na água, mas não monitorizam aquíferos.

Assim, a formação deve incluir experiências colaborativas com:

- Engenheiros(as) sanitaristas e ambientais – para compreender tecnologias de tratamento de água e esgoto e manejo adequado do ambiente;
- Técnicos em laboratório – para aprender a analisar parâmetros como coliformes totais, *Escherichia coli*, cloro residual e turbidez, dentre outros;
- Agentes comunitários de saúde – para mapear vulnerabilidades ambientais no território;
- Gestores públicos – para elaborar e implementar planos, programas, projetos e ações que visem melhorar o ambiente e os serviços públicos de saneamento básico, com participação e controle social.

6 DESAFIOS E CAMINHOS PARA O FUTURO

Apesar da clara necessidade, ainda há resistências institucionais para incluir ambiente, água e saneamento básico como eixos estruturantes na formação em saúde. Entre os principais desafios podem ser citados:

- Currículos já sobrecarregados – com ênfase excessiva em disciplinas biológicas e hospitalocêntricas;
- Falta de docentes especializados em saúde ambiental e saneamento básico nos diferentes cursos de graduação da área da saúde;
- Poucos cenários de prática, por exemplo, que permitam vivência em comunidades com saneamento básico inexistente ou precário;
- Baixa articulação entre universidades e serviços públicos de saneamento básico (companhias públicas de água e esgoto, prefeituras, serviços autônomos de água e esgoto, serviços públicos de manejo de águas pluviais, serviços públicos de limpeza urbana e de manejo de resíduos sólidos e comitês de bacia, dentre outros).

Como avanços possíveis, destacam-se:

- Inclusão do tema nas Diretrizes Curriculares Nacionais dos diferentes cursos da área da saúde;
- Criação de ligas acadêmicas de saúde ambiental e saneamento básico;
- Parcerias com a Fundação Nacional de Saúde (Funasa), Secretaria Nacional de Saneamento Ambiental do Ministério das Cidades, Ministério do Meio Ambiente e Mudança do Clima, entidades reguladoras, como ANA e ANVISA, Secretarias Estaduais e Municipais responsáveis pelas áreas de ambiente e de saneamento básico, dentre outras instituições;

- Incentivo a pesquisas sobre intervenções sustentáveis de baixo custo e apropriadas às realidades socioambientais, dentre outras.

7 CONCLUSÃO: FORMAR PARA TRANSFORMAR

A medicina, a enfermagem, a nutrição, a odontologia, a farmácia e todas as profissões da saúde estão intrinsecamente conectadas ao ambiente. Formar profissionais que ignorem a qualidade da água que seus pacientes bebem, o destino dos esgotos sanitários gerados por eles, que podem contaminar suas comunidades, ou os resíduos sólidos de saúde que eles geram é formar profissionais/técnicos incompletos, eticamente frágeis e socioambientalmente pouco efetivos.

Para aqueles que sonham em cuidar da saúde, é necessário compreender: não se cuida plenamente de uma pessoa sem cuidar do ambiente onde ela vive, da água que ela consome, do esgotamento sanitário e do manejo adequado das águas pluviais e dos resíduos sólidos que a protegem.

Que os atuais e futuros médicos, enfermeiros, nutricionistas, dentistas, farmacêuticos, sanitaristas e demais profissionais da saúde sejam, acima de tudo, agentes de transformação socioambiental, levando conhecimento, cuidado e sustentabilidade a todos os cantos — porque a saúde do planeta, da água e das pessoas é uma só.

REFERÊNCIAS

ABREU, Francisco de Assis Matos de; CAVALCANTE, Itabaraci Nazareno; MATTA, Milton Antônio da Silva. O Sistema Aquífero Grande Amazônia-SAGA: um imenso potencial de água subterrânea. **Revista Águas Subterrâneas**, Suplemento: Anais do III Congresso Internacional de Meio

Ambiente Subterrâneo, 2013. Disponível em: <https://aguas-subterraneas.abas.org/asubterraneas/article/view/27831>. Acesso em: 17 mar. 2026.

BORJA, Patrícia Campos. **Política de saneamento, instituições financeiras internacionais e mega-programas: um olhar através do Programa Bahia Azul**. 2004. 400 f. Tese (Doutorado em Arquitetura e Urbanismo) – Faculdade de Arquitetura, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2004.

BORJA, Patrícia Campos; MORAES, Luiz Roberto Santos. O acesso às ações e aos serviços de saneamento básico como um direito social. In: SIMPÓSIO LUSO-BRASILEIRO DE ENGENHARIA SANITÁRIA E AMBIENTAL, 12., 2006, Figueira da Foz. **Anais...** Lisboa: APRH; APESB; ABES, 2006. p. 1-13.

BORJA, Patrícia Campos; MORAES, Luiz Roberto Santos; SOUZA, Cezarina Maria Nobre. Saneamento: direito humano, justiça ambiental e promoção da saúde. In: FRANCO NETTO, Guilherme; VILLARDI, Juliana Wotzasek Rulli (org.). **Ambiente, saúde, sustentabilidade: fundamentos, bases científicas e práticas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; Hucitec Editora, 2024. p. 469-484.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 17 mar. 2026.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 17 mar. 2026.

BRASIL. Lei n. 11.445, de 5 de janeiro de 2007. Estabelece as diretrizes nacionais para o saneamento básico; cria o Co-

mitê Interministerial de Saneamento Básico; altera as Leis n. 6.766, de 19 de dezembro de 1979, n. 8.666, de 21 de junho de 1993, e n. 8.987, de 13 de fevereiro de 1995; e revoga a Lei n. 6.528, de 11 de maio de 1978. Redação dada pela Lei n. 14.026, de 15 de julho de 2020. Brasília, DF: Presidência da República, 2007. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/lei/L11445.htm. Acesso em: 17 mar. 2026.

BRASIL. Lei n. 14.026, de 15 de julho de 2020. Atualiza o marco legal do saneamento básico e altera a Lei n. 9.984, de 17 de julho de 2000, para atribuir à Agência Nacional de Águas e Saneamento Básico (ANA) competência para editar normas de referência sobre o serviço de saneamento; a Lei n. 10.768, de 19 de novembro de 2003, para alterar o nome e as atribuições do cargo de Especialista em Recursos Hídricos; a Lei n. 11.107, de 6 de abril de 2005, para vedar a prestação por contrato de programa dos serviços públicos de que trata o art. 175 da Constituição Federal; a Lei n. 11.445, de 5 de janeiro de 2007, para aprimorar as condições estruturais do saneamento básico no País; a Lei n. 12.305, de 2 de agosto de 2010, para tratar dos prazos para a disposição final ambientalmente adequada dos rejeitos; a Lei n. 13.089, de 12 de janeiro de 2015 (Estatuto da Metrópole), para estender seu âmbito de aplicação às microrregiões; e a Lei n. 13.529, de 4 de dezembro de 2017, para autorizar a União a participar de fundo com a finalidade exclusiva de financiar serviços técnicos especializados. Brasília, DF: Presidência da República, 2020. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/L14026.htm. Acesso em: 17 mar. 2026.

CLARKE, Robin Thomas; KING, Jannet. **O atlas da água: o mapeamento completo do recurso mais precioso do planeta**. Tradução de Anna Maria Quirino. São Paulo: Publifolha, 2005.

FRANCO NETTO, Guilherme; VILLARDI, Juliana Wotzasek Rulli (org.). **Ambiente, saúde, sustentabilidade: fundamentos, bases científicas e práticas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; Hucitec Editora, 2024.

IBGE. Agência IBGE Notícias. Censo 2022: cerca de oito a cada dez pessoas moravam em casas, mas cresce proporção de moradores em apartamentos. Rio de Janeiro: IBGE, 2022a. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/39239-censo-2022-cerca-de-oito-a-cada-dez-pessoas-moravam-em-casas-mas-cresce-proporcao-de-moradores-em-apartamentos>. Acesso em: 17 mar. 2026.

IBGE. Agência IBGE Notícias. Censo 2022: rede de esgoto alcança 62,5% da população, mas desigualdades regionais e por cor e raça persistem. Rio de Janeiro: IBGE, 2022b. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/39237-censo-2022-rede-de-esgoto-alcanca-62-5-da-populacao-mas-desigualdades-regionais-e-por-cor-e-raca-persistem>. Acesso em: 17 mar. 2026.

IFRAH, Georges. **L'Histoire de Peau**. Paris, 1992. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/MeioAmbiente/declaracao-universal-dos-direitos-da-agua.html>. Acesso em: 17 dez. 2017.

KISHIMOTO, Satoko; STEINFORT, Lavinia; PETITJEAN, Olivier (org.). **O futuro é público: pela propriedade democrática dos serviços**. Tradução de Diálogo Institucional Assessoria e Análise de Políticas Públicas. Brasília, DF: CNDEP; FENAE, 2020.

MORAES, Luiz Roberto Santos. O guerreiro amigo-irmão Deputado Paulo Jackson Vilasboas. In: CARVALHO, Joandina Maria de. **Um opositor na política baiana**. 3. ed. Salvador: ALBA, 2025a. p. 273-293.

MORAES, Luiz Roberto Santos. Plano Municipal de Saneamento Básico: instrumento de planejamento participativo, integrado e sustentável. **Revista Foco**, v. 18, n. 5, e8524, p. 1-24, 2025b.

MORAES, Luiz Roberto Santos. Conceitos básicos de saneamento. In: **Manual da Resistência Urbana 2023**. Disponível em: https://www.academia.edu/103330185/Conceitos_b%C3%A1sicos_de_saneamento. Acesso em: 10 dez. 2025.

MORAES, Luiz Roberto Santos. A intersectorialidade entre saúde e saneamento e o controle social. In: ASSIS, João Batista Lucena de. **O controle social no saneamento: perspectiva para uma cidade saudável**. Natal: ARSBAN, 2007. p. 65-91.

MORAES, Luiz Roberto Santos; BORJA, Patrícia Campos. **Política e plano de saneamento ambiental: experiências e recomendações**. 2. ed. Brasília, DF: OPAS, 2009.

PETRELLA, Ricardo. **O manifesto da água: argumentos para um contrato mundial**. Tradução de Vera Lúcia Mello Joscelyne. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

PORTO, Marcelo Firpo de Souza. Crise das utopias e as quatro justças: ecologias, epistemologias e emancipação social para reinventar a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 12, p. 4449-4457, 2019.

RÊGO, Rita de Cássia Franco; LARREA-KILLINGER, Cristina; BARRETO, Maurício Lima (org.). **Impacto de um programa de saneamento ambiental na saúde: fundamentos teórico-metodológicos e resultados de pesquisa interdisciplinar**. Salvador: EDUFBA, 2018.

RODRIGUES, Arlete Moisés. A abordagem ambiental: questões para reflexão. **Geotextos**, v. 5, n. 1, p. 183-201, jul. 2009.

SOUZA, Cezarina Maria Nobre; COSTA, André Monteiro; MORAES, Luiz Roberto Santos; FREITAS, Carlos Machado

de. **Saneamento: promoção da saúde, qualidade de vida e sustentabilidade ambiental.** 1. reimp. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2024. (Coleção Temas em Saúde).

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO); UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF). **Progress on household drinking water, sanitation and hygiene 2000–2024: special focus on inequalities.** Geneva: World Health Organization; United Nations Children's Fund, 2025.

EDUCAÇÃO E O PAPEL SOCIAL DO MÉDICO: FORMAR PARA CUIDAR, CUIDAR PARA FORMAR

Gabriely Dias Ângelo Manetta⁸

1 INTRODUÇÃO

Historicamente, a figura do médico tem ocupado um lugar de prestígio e confiança na sociedade. Do curandeiro ancestral ao profissional contemporâneo, a medicina sempre esteve associada ao cuidado com a vida. Entretanto, nas últimas décadas, o avanço tecnológico e a fragmentação do conhecimento trouxeram novos desafios à profissão: como manter o olhar humano diante da técnica? Como garantir que a ciência continue a serviço das pessoas?

Neste contexto, a educação surge como elemento central na construção do papel social do médico. Educar e cuidar são ações que se entrelaçam. Ao dialogar com o paciente, o médico ensina sobre saúde, prevenção e autocuidado; ao orientar uma comunidade, ele promove autonomia e consciência coletiva. Na formação médica, o ato de aprender e ensinar é um contínuo processo de construção ética, científica e cidadã. Inspirando-se em Paulo Freire, pode-se

8 Licenciada em Ciências Biológicas pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), mestra em Ensino de Ciências pelo Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Baiano (IF BAIANO), com especializações nas áreas de Fisiologia e Fisiopatologia Humana pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e em Educação Especial pela UNINTER. Atualmente é docente da Faculdade da Região Sisaleira (FARESI) e desenvolve trabalhos nas áreas de Educação Ambiental, Metodologias Ativas no Ensino de Saúde, Ciências e Biologia, Fisiologia e Etnobiologia.

afirmar que “ninguém educa ninguém, ninguém se educa a si mesmo, os homens se educam entre si, mediatizados pelo mundo”. Assim também é a medicina: o saber nasce do encontro humano, e não apenas da técnica. O verdadeiro médico é, antes de tudo, um educador da vida.

2 A FORMAÇÃO MÉDICA E O COMPROMISSO SOCIAL

A educação médica não deve se restringir à transmissão de conteúdos técnicos. Formar um médico é formar um cidadão reflexivo, capaz de compreender os determinantes sociais da saúde e de agir com responsabilidade ética. As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) de Medicina (Resolução CNE/CES n.º 3/2014) reafirmam essa missão: o médico deve ser capaz de atuar com integralidade, em todos os níveis de atenção, e comprometido com as necessidades reais da população.

Nessa perspectiva, as metodologias ativas, como a Aprendizagem Baseada em Problemas (PBL), a educação interprofissional e as vivências no SUS, tornam-se ferramentas potentes. Elas aproximam o estudante da realidade social, promovem a reflexão crítica e estimulam o aprender a aprender, conceito defendido por Edgar Morin, quando fala da necessidade de uma educação que desenvolva o pensamento complexo e ético. Ao reconhecer que o ensino médico é também um espaço político, recupera-se o sentido de compromisso social da profissão: cada médico em formação é um futuro multiplicador de saberes, valores e atitudes que impactam diretamente a qualidade da vida coletiva.

3 O MÉDICO COMO EDUCADOR NA PRÁTICA COTIDIANA

O ato médico é, essencialmente, um ato educativo. Cada consulta, prescrição ou orientação é um momento de ensino-aprendizagem, em que o paciente é sujeito ativo do cuidado. A escuta empática e a comunicação acessível são, portanto, instrumentos pedagógicos tão importantes quanto o estetoscópio. Na atenção primária, esse papel se evidencia ainda mais. O médico que orienta sobre vacinação, alimentação saudável ou prevenção de doenças está praticando educação em saúde. Quando o profissional ajuda a comunidade a compreender o processo saúde-doença, ele transforma conhecimento em empoderamento, fortalecendo a autonomia e reduzindo desigualdades.

Autores como Minayo (2015) e Illich (1975) apontam que o saber médico deve se abrir ao diálogo com os saberes populares e comunitários. A prática médica precisa ser horizontalizada, baseada na troca de experiências e na valorização dos contextos culturais. Assim, o médico-educador não é aquele que impõe verdades, mas o que constrói pontes de compreensão.

4 EDUCAÇÃO PERMANENTE E HUMANIZAÇÃO

A dimensão educativa do médico não se encerra no ensino ao paciente; ela o acompanha ao longo de toda a vida profissional. A educação permanente em saúde, política pública consolidada pelo Ministério da Saúde, defende que o aprendizado ocorre no cotidiano do trabalho, no diálogo com colegas, equipes e usuários. Como defendem Ceccim e Feuerwerker (2004), formar profissionais de saúde implica integrar ensino, gestão, atenção e controle social, os quatro vértices do chamado quadrilátero da formação. Isso significa que o mé-

dico aprende e ensina continuamente, à medida que enfrenta situações reais e reflete sobre suas práticas. Essa postura reflexiva aproxima-se da ideia de Schon (2000), de que o bom profissional é aquele que pensa na ação e sobre a ação, reinterpretando suas experiências. Ao educar-se, o médico humaniza-se. Ao humanizar-se, transforma sua prática em um gesto ético de compromisso com o outro.

5 A INTERDISCIPLINARIDADE NA FORMAÇÃO MÉDICA: CONTRIBUIÇÕES DOS DIFERENTES SABERES PARA O PAPEL SOCIAL DO MÉDICO

A formação médica contemporânea exige a superação de modelos educacionais centrados exclusivamente na transmissão de conteúdos biomédicos. O processo de construção das competências profissionais necessárias ao exercício da medicina demanda a integração de múltiplos saberes, oriundos das ciências biológicas, humanas e sociais. Nesse contexto, profissionais como biólogos, enfermeiros, psicólogos, farmacêuticos, fisioterapeutas, assistentes sociais e outros trabalhadores da saúde desempenham papel fundamental na formação dos futuros médicos, contribuindo para uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e para o fortalecimento do compromisso social da profissão.

A perspectiva freireana da educação oferece importantes fundamentos para compreender essa construção interdisciplinar. Para Paulo Freire (2018), o conhecimento não é transferido de um sujeito para outro, mas construído coletivamente por meio do diálogo, da problematização da realidade e da reflexão crítica. Aplicado à educação médica, esse entendimento permite reconhecer que a formação do médico ocorre a partir do encontro com diferentes profissionais, saberes e experiên-

cias, ampliando sua capacidade de compreender a complexidade dos fenômenos relacionados à saúde humana.

Entre os profissionais que contribuem para a formação médica, destaca-se o biólogo, cuja atuação é essencial para a compreensão dos mecanismos biológicos que sustentam a vida. As disciplinas relacionadas à biologia celular, genética, microbiologia, parasitologia, imunologia e ecologia fornecem bases indispensáveis para a interpretação dos processos fisiológicos e patológicos. Entretanto, a contribuição do biólogo ultrapassa a dimensão técnica. Ao abordar as interações entre organismos, ambiente e sociedade, esse profissional favorece uma visão sistêmica da saúde, alinhada ao conceito de Saúde Única (*One Health*), que reconhece a interdependência entre a saúde humana, animal e ambiental (Mackenzie; Jeggo, 2019).

Da mesma forma, a enfermagem ocupa posição estratégica na formação dos estudantes de medicina. Historicamente vinculada ao cuidado direto e contínuo dos pacientes, a enfermagem contribui para o desenvolvimento de competências relacionadas à humanização, à comunicação interpessoal, ao acolhimento e ao trabalho em equipe. Durante as atividades práticas, os estudantes têm a oportunidade de compreender a importância do cuidado integral e da observação sistemática das necessidades dos indivíduos e das comunidades. Conforme destacam Ceccim e Feuerwerker (2004), a integração entre diferentes categorias profissionais fortalece a aprendizagem colaborativa e favorece a construção de práticas mais resolutivas e centradas nas necessidades da população.

A psicologia também oferece contribuições indispensáveis para a formação médica. O adoecimento humano não pode ser compreendido apenas por suas manifestações biológicas, uma vez que aspectos emocionais, cognitivos, comportamentais e sociais influenciam significativamente a saú-

de. O contato com conhecimentos da psicologia permite ao futuro médico desenvolver habilidades relacionadas à escuta qualificada, à empatia, ao manejo de situações de sofrimento psíquico e à compreensão dos impactos subjetivos da doença. Para Morin (2015), a educação do século XXI deve favorecer a articulação entre diferentes dimensões do conhecimento, superando reducionismos e promovendo a compreensão da condição humana em sua complexidade.

Além disso, a convivência com profissionais de diferentes áreas possibilita ao estudante reconhecer os limites de sua atuação e compreender a importância do trabalho colaborativo. Essa perspectiva torna-se especialmente relevante diante dos desafios contemporâneos enfrentados pelos sistemas de saúde, caracterizados pelo aumento das doenças crônicas, do envelhecimento populacional e das desigualdades sociais. Tais desafios demandam abordagens integradas, capazes de articular diferentes competências profissionais em benefício do cuidado integral.

As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina enfatizam a necessidade de desenvolver competências para o trabalho interprofissional e para a atuação em equipes multiprofissionais (Brasil, 2014). Tal orientação reflete a compreensão de que a qualidade da assistência em saúde depende não apenas do conhecimento técnico individual, mas também da capacidade de dialogar, compartilhar responsabilidades e construir soluções coletivas. Nesse sentido, a educação interprofissional emerge como estratégia fundamental para preparar profissionais capazes de atuar de forma colaborativa e comprometida com os princípios do Sistema Único de Saúde.

Sob a ótica do papel social do médico, essa formação interdisciplinar adquire relevância ainda maior. O médico não atua isoladamente na sociedade. Seu trabalho está inserido em redes de cuidado que envolvem diferentes profissionais, ins-

tuições e comunidades. Ao reconhecer e valorizar as contribuições de outros campos do conhecimento, o futuro médico desenvolve uma postura ética pautada no respeito à diversidade de saberes e na corresponsabilidade pelo cuidado. Trata-se de uma perspectiva que rompe com modelos hierarquizados e favorece práticas mais democráticas e humanizadas.

Freire (2018) ressalta que ensinar exige humildade para reconhecer que ninguém detém sozinho todo o conhecimento. Essa compreensão é particularmente pertinente à formação médica, na qual o diálogo entre diferentes áreas favorece não apenas a aquisição de competências técnicas, mas também o desenvolvimento de valores como solidariedade, respeito, escuta e compromisso social. Assim, a presença de biólogos, enfermeiros, psicólogos e demais profissionais no processo formativo contribui para a construção de médicos mais preparados para responder às demandas complexas da sociedade contemporânea.

Portanto, a interdisciplinaridade deve ser compreendida como elemento estruturante da educação médica. Mais do que uma estratégia pedagógica, ela representa uma condição necessária para a formação de profissionais capazes de integrar ciência, ética e compromisso social. Ao aprender com diferentes saberes e experiências, o médico amplia sua compreensão sobre o cuidado e fortalece sua capacidade de atuar como agente de transformação social, promovendo saúde, cidadania e dignidade.

6 CONCLUSÃO: EDUCAR PARA CUIDAR, CUIDAR PARA TRANSFORMAR

A formação médica comprometida com as necessidades da sociedade exige muito mais do que o domínio de conhecimentos técnicos e científicos. Exige a construção de

uma identidade profissional pautada na ética, na sensibilidade humana, na responsabilidade social e na capacidade de compreender a complexidade dos fenômenos que envolvem a saúde e a vida. Nesse processo, a educação ocupa lugar central, não apenas como instrumento de transmissão de conhecimentos, mas como prática transformadora capaz de formar profissionais críticos, reflexivos e comprometidos com a promoção da dignidade humana.

À luz das contribuições de Paulo Freire, compreende-se que a educação médica deve estar fundamentada no diálogo, na problematização da realidade e na valorização dos saberes construídos coletivamente. O médico não se forma isoladamente. Sua trajetória é permeada por encontros, experiências e aprendizagens compartilhadas com professores, pacientes, comunidades e profissionais de diferentes áreas do conhecimento. Cada um desses sujeitos contribui para ampliar sua compreensão sobre o cuidado e sobre o significado social da profissão.

Nesse contexto, torna-se imprescindível reconhecer a relevância dos biólogos, enfermeiros, psicólogos e demais profissionais da saúde no processo formativo. Suas contribuições ultrapassam os limites dos conteúdos específicos e favorecem a construção de uma visão integral do ser humano, contemplando dimensões biológicas, psicológicas, sociais, culturais e ambientais. A convivência interdisciplinar possibilita ao futuro médico desenvolver competências relacionadas ao trabalho em equipe, à comunicação, à empatia e à compreensão dos determinantes sociais da saúde, elementos indispensáveis para uma prática profissional humanizada.

Além disso, a valorização da educação interprofissional fortalece os princípios do Sistema Único de Saúde e contribui para a formação de profissionais mais preparados para

enfrentar os desafios contemporâneos da assistência à saúde. Em uma sociedade marcada por profundas desigualdades, mudanças epidemiológicas e crescente complexidade dos problemas sanitários, o médico precisa ser capaz de atuar em colaboração com outros profissionais, reconhecendo que o cuidado integral depende da articulação de diferentes saberes e práticas.

Dessa forma, o papel social do médico ultrapassa a dimensão assistencial. Ele se manifesta na capacidade de educar, acolher, orientar, dialogar e promover autonomia. O médico socialmente comprometido compreende que cada consulta representa uma oportunidade de construção de conhecimento, fortalecimento da cidadania e promoção da saúde. Sua atuação contribui não apenas para o tratamento das doenças, mas também para a transformação das condições de vida das pessoas e das comunidades.

Conclui-se, portanto, que a educação, a interdisciplinaridade e a humanização constituem pilares indissociáveis da formação médica. Formar médicos é formar sujeitos capazes de aliar ciência e sensibilidade, técnica e ética, conhecimento e compromisso social. Ao reconhecer a riqueza dos diferentes saberes que participam de sua formação, o médico amplia sua capacidade de cuidar e reafirma sua função como agente de transformação social. Afinal, como nos ensina Freire (2018), a educação é um ato de esperança e de mudança. Da mesma forma, a medicina encontra seu sentido mais profundo quando se coloca a serviço da vida, da justiça social e da construção de uma sociedade mais humana, solidária e saudável.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES n.º 3, de 20 de junho de 2014. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Brasília, DF: MEC, 2014.

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

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2018.

ILLICH, Ivan. **A expropriação da saúde: nêmesis da medicina**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

MACKENZIE, John S.; JEGGO, Martyn. The One Health approach: why is it so important? **Tropical Medicine and Infectious Disease**, Basel, v. 4, n. 2, p. 1-4, 2019.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2014.

MORIN, Edgar. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. São Paulo: Cortez, 2015.

SCHÖN, Donald A. **Educando o profissional reflexivo: um novo design para o ensino e a aprendizagem**. Porto Alegre: Artmed, 2000.

CORPOS, TERRITÓRIOS E VULNERABILIDADES: ANATOMIA COMO INSTRUMENTO DE CRÍTICA SOCIAL NA FORMAÇÃO EM SAÚDE

Roberto Ferreira de Oliveira⁹



1 O INCÔMODO QUE MOBILIZA

Existe um ponto de ruptura na trajetória de todo educador em saúde. Um momento em que a prática pedagogicamente estabelecida entra em conflito com a realidade observada. Para mim, esse momento emergiu em sala de aula, quando percebi uma lacuna fundamental: havia uma necessidade urgente de atrelar a disciplina de anatomia humana às questões sociais e às vulnerabilidades sociais.

O problema era claro. Ensinávamos anatomia como um saber aparentemente neutro, feito de estruturas, sistemas e funções, desconectado da realidade dos corpos que nossos alunos encontrariam na prática. Mas um corpo doente em contexto de vulnerabilidade não é a mesma entidade biológica que estudamos nos atlas. É um corpo marcado. É um corpo que conta uma história.

Minha preocupação tornou-se dupla. Eu queria despertar nesse aluno uma compreensão fundamental: a de que a anatomia humana está intimamente relacionada com o cor-

⁹ Fisioterapeuta, mestre em Saúde Coletiva pela UEFS e doutorando em Medicina e Saúde pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Professor de Anatomia Humana, desenvolve atividades de ensino, pesquisa e extensão voltadas à Anatomia e às marcas anatômicas da desigualdade social. É fundador da Associação Entre Sorrisos e Encantos, que atua na redução dos impactos da vulnerabilidade social.

po, mas não com um corpo abstrato, e sim com um corpo que existe em um território específico, exposto, muitas vezes, à ausência do Estado, à precariedade de sua organização e à falta de planejamento. Essa desorganização pode colocar pessoas, especialmente as crianças, em contextos de vulnerabilidade nos quais o próprio corpo se torna zona de inscrição de desigualdades.

A questão pedagógica que se desdobrava era paradoxal: como ensinar anatomia como saber técnico rigoroso e, ao mesmo tempo, despertar a capacidade crítica de compreender que esse corpo sofre e apresenta marcas? Como formar profissionais capazes de ler um sinal cutâneo, uma infecção recorrente ou um déficit de crescimento não como curiosidades clínicas isoladas, mas como evidências de processos sociais?

Este capítulo argumenta que a anatomia, longe de ser um saber neutro e meramente descritivo, pode constituir-se em instrumento de crítica social. Para sustentar esse pensamento, percorre três movimentos. Primeiro, examina como a vulnerabilidade social se inscreve biologicamente no corpo, transformando-o em território de desigualdade. Em seguida, discute a reconfiguração pedagógica que essa compreensão exige, articulando o ensino da anatomia à sensibilização para a realidade das comunidades. Por fim, defende a atuação de múltiplos profissionais como condição fundamental, e não acessória, para uma formação em saúde comprometida com um olhar sensível e com a transformação social.

Cabe um esclarecimento de natureza e de propósito. Este capítulo não apresenta resultados de pesquisa, mas uma reflexão crítica construída a partir de uma experiência pedagógica desenvolvida em territórios socialmente vulneráveis, utilizada como estratégia de formação de estudantes da área da saúde. O que se oferece, portanto, não é evidência empírica, mas um pensamento sobre o sentido formativo e ético dessa vivência.

2 CORPOS COMO TERRITÓRIOS DE VULNERABILIDADE

2.1 A INSCRIÇÃO BIOLÓGICA DA DESIGUALDADE

Uma das constatações mais importantes da epidemiologia moderna é também a mais simples: a saúde não é propriedade individual. Marmot, em 2005, no artigo que apresentou a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde da Organização Mundial da Saúde, demonstrou que as desigualdades em morbimortalidade não resultam de variações biológicas naturais, mas de mecanismos estruturais que distribuem, de forma desigual, recursos, exposições a riscos e oportunidades de proteção.

No contexto brasileiro, essa reflexão foi discutida por Buss e Pellegrini Filho (2007), que apresentam como a inadequação sistemática das políticas de habitação, saneamento e segurança alimentar produz condições que vulnerabilizam corpos específicos, localizados em territórios específicos. Mas como isso opera concretamente? A privação não permanece abstrata: converte-se em parasitoses intestinais, quando a água e o solo estão contaminados; em anemia e atraso de crescimento, quando a alimentação é insuficiente; em cáries não tratadas e perdas dentárias precoces, quando o acesso à atenção odontológica inexistente. Cada um desses quadros é menos um acaso biológico do que o resultado previsível de uma exposição estruturada.

Há, ainda, marcas de outra natureza. Enquanto a privação inscreve no corpo os efeitos lentos da ausência, a violência inscreve os efeitos agudos da presença: traumas, fraturas e cicatrizes da violência infantil registram, na carne, relações sociais adoecidas. A esse repertório soma-se uma inscrição que escapa ao olhar anatômico convencional: o sofrimento psíquico, que raramente deixa marca visível e exige, por isso, uma escuta que a inspeção do corpo, sozinha, não alcança.

Reconhecer essa diversidade importa porque cada sistema anatômico funciona como uma janela distinta para a mesma realidade social. O sistema tegumentar revela as condições de higiene e a qualidade da habitação; o respiratório denuncia a poluição domiciliar e a aglomeração; o digestório expõe a contaminação da água e a insegurança alimentar; o aparelho locomotor registra o trauma e as carências nutricionais que comprometem o desenvolvimento ósseo. Nenhum desses achados é, isoladamente, apenas um diagnóstico: cada um é um indicador social que o conhecimento anatômico permite decifrar, desde que se reconheça também aquilo que ele não consegue ver.

2.2 O CORPO COMO ARQUIVO SOCIAL

Essa leitura encontra fundamento teórico no conceito de violência estrutural, desenvolvido por Paul Farmer e discutido por Gioda, Grisotti e Langdon (2020): cada doença e cada marca corporal constituem uma narrativa de exposição, de negligência e de violência política inscrita biologicamente. O corpo é, nesse sentido, um arquivo que fala quando aprendemos a lê-lo, e ler esse arquivo é desenvolver uma literacia crítica que transcende a memorização de estruturas.

Essa cegueira que a formação tradicional produz não é neutra. Quando se ensina o corpo como entidade universal e abstrata, naturaliza-se a ideia de que a doença é fundamentalmente individual, fruto do acaso ou de escolhas pessoais. Trata-se de uma operação ideológica: ao apagar o território e a história do corpo, apaga-se também a responsabilidade das estruturas sociais sobre o adoecimento. Formar o olhar crítico é, portanto, devolver ao corpo a sua dimensão social e política, recusando a falsa neutralidade do saber técnico.

3 RECONFIGURAÇÃO PEDAGÓGICA: ANATOMIA CRÍTICA EM PRÁTICA

Se o corpo pode ser lido como arquivo, resta a pergunta pedagógica: como despertar essa leitura nos estudantes?

3.1 REORGANIZAÇÃO CURRICULAR E SENSIBILIZAÇÃO DO OLHAR

Organizamos a disciplina de modo que os conteúdos de anatomia humana fossem trabalhados no formato de sistemas. Mas a mudança era, antes de tudo, epistemológica. Cada sistema deixava de ser tratado como estrutura universal e passava a ser compreendido como estrutura potencialmente vulnerável. Ao longo do semestre, conforme avançavam no currículo, os alunos eram simultaneamente preparados para uma vivência que transformaria o sentido daquele conhecimento.

Paulo Freire (1987) argumentava contra a educação bancária, modelo no qual o professor deposita conhecimento em um aluno passivo, e propunha a educação como prática de liberdade. Bell hooks (2017) aprofundou essa discussão ao defender uma pedagogia engajada, na qual professor e aluno se transformam mutuamente no encontro do aprendizado. Essa era a direção que buscávamos.

A ida às comunidades não se deu, portanto, como visita ilustrativa, mas como experiência formativa. Cada sistema estudado em sala tornava-se um convite a olhar o território com outros olhos: ao estudar o sistema digestório, os alunos eram sensibilizados para os sinais de parasitose e de desnutrição; ao estudar o sistema tegumentar, para as condições de higiene e habitação; ao estudar o sistema locomotor, para os indícios de trauma e de comprometimento do cres-

cimento. O propósito não era produzir conhecimento sobre a comunidade, mas permitir que os estudantes reconhecessem, no encontro com pessoas reais, aquilo que os atlas não mostram: que a anatomia se entrelaça com a história social dos corpos.

3.2 DA OBSERVAÇÃO À REFLEXÃO CRÍTICA E AO COMPROMISSO

Desse encontro nasciam as reflexões: por que determinados quadros pareciam tão presentes naquele território? A pergunta remetia, invariavelmente, às condições estruturais, à ausência de saneamento, à inadequação da habitação e à insegurança alimentar. O que os estudantes viam deixava de ser percebido como destino individual e passava a ser compreendido como expressão de uma desigualdade que tem causas e responsáveis. Dessa compreensão compartilhada nasceu o desejo de não permanecer na constatação, e os estudantes propuseram formas de retribuir à comunidade aquilo que dela haviam aprendido.

Esse percurso configura um movimento formativo em três tempos: olhar, compreender e comprometer-se. O olhar ancora-se no conhecimento anatômico; a compreensão converte o que se viu em interpretação crítica da realidade; o compromisso traduz essa interpretação em gesto concreto de cuidado. Nenhum dos tempos é dispensável: olhar sem compreender produz apenas constatação; compreender sem comprometer-se esgota-se em discurso; agir sem compreender recai no assistencialismo. É a articulação entre os três que transforma a anatomia em experiência formativa de consciência crítica.

4 MULTIPROFISSIONALIDADE COMO NECESSIDADE ESTRUTURAL

Se a vulnerabilidade se manifesta em múltiplos sistemas, a resposta não pode caber a uma só profissão. Uma criança vulnerável raramente apresenta um problema isolado: a parasitose convive com a anemia, a cárie com o atraso de crescimento, o trauma com o sofrimento psíquico. Fragmentar esse conjunto em especialidades estanques é reproduzir a mesma lógica que produziu a vulnerabilidade.

Por isso, a experiência se abriu à colaboração entre diferentes profissionais de saúde. A Organização Pan-Americana da Saúde (2010) reconhece que os sistemas de saúde precisam de profissionais formados para a colaboração, e Barr (2005) observa que profissionais que aprendem juntos desenvolvem maior compreensão mútua. Foi nesse espírito que se aproximaram saberes da odontologia, da dermatologia, da nutrição e da pneumologia, conforme as necessidades que se apresentavam. A reflexão de Peduzzi *et al.* (2013) sobre a educação interprofissional, mais efetiva quando há objetivo compartilhado e território comum, ajuda a compreender o sentido formativo daquilo que vivíamos: profissionais e estudantes aprendendo, juntos, a olhar a vulnerabilidade de modo integral.

4.1 A DIMENSÃO EDUCATIVA DO CUIDADO

Há ainda uma responsabilidade que atravessa todas as profissões da saúde e que a perspectiva multiprofissional torna visível: o papel educativo. Cuidar não se reduz a diagnosticar e tratar. Envolve educar o paciente, a família, a comunidade e os próprios estudantes em formação. O relacionamento entre pares e a troca de saberes entre profissionais de diferentes

campos são, em si, processos educativos que ampliam a capacidade coletiva de compreender e de intervir sobre a realidade.

Quando profissionais de áreas distintas observam juntos um mesmo território, cada um ilumina uma dimensão que escaparia ao olhar isolado. O odontólogo percebe sinais que o pneumologista não nota; o nutricionista interpreta o que escapa ao clínico. Essa complementaridade não é apenas operacional, mas também pedagógica: forma profissionais que aprendem a reconhecer os limites do próprio saber e o valor do saber alheio, condição indispensável para um cuidado simultaneamente técnico e socialmente consciente.

5 LIMITES, TRANSFORMAÇÕES E RESPONSABILIDADE ÉTICA

Toda experiência dessa natureza convive com o risco de ser idealizada, e é preciso resistir a ele. No final, os alunos organizaram uma grande festa para as crianças, não como gesto caritativo, mas como celebração de reconhecimento mútuo. Ainda assim, o Estado permanecia ausente, as políticas públicas seguiam inadequadas e a vulnerabilidade estrutural persistia. Isso não é um limite da experiência, mas a realidade que ela reconhecia e diante da qual insistia em formar um olhar atento, mesmo ciente de sua insuficiência.

O que de fato muda? Mudam os alunos, que deixam de ver a vulnerabilidade como abstração e passam a reconhecê-la em rostos concretos; mudam as crianças, que recebem cuidado onde antes eram invisíveis; muda a comunidade, que passa a ver nos profissionais parceiros, e não autoridades. Todos passam a compreender que o corpo é texto social e que a responsabilidade profissional exige envolvimento com os determinantes sociais da saúde.

É preciso, porém, nomear uma contradição fundadora. Um profissional de saúde não pode, sozinho, substituir a ação do Estado: um pediatra não garante habitação digna, um nutricionista não corrige a insegurança alimentar de um território, um odontólogo não transforma a economia local. Insistir nesse ponto evita o risco do assistencialismo, que reduz a intervenção a um gesto pontual e, ao fazê-lo, naturaliza a ausência das políticas públicas. A diferença entre caridade e responsabilidade está na intenção e na continuidade: a primeira alivia sintomas e se encerra em si mesma; a segunda compreende as causas e articula-se politicamente para transformá-las.

O profissional que compreende essa realidade pode mais do que tratar. Pode testemunhar, dar voz e converter o que vê em argumento que sustente a reivindicação de direitos. A leitura anatômica das vulnerabilidades torna-se, assim, também um modo de defender o direito à saúde, dando visibilidade ao que as estruturas insistem em tornar invisível.

6 CONCLUSÃO: ANATOMIA COMO RESPONSABILIDADE

Como a anatomia pode tornar-se uma ferramenta para um olhar social diante das comunidades? Porque, quando ensinada criticamente, ela já é um instrumento de crítica social, não um complemento, mas uma reconfiguração do próprio modo de compreender o conhecimento anatômico.

Um corpo adoecido em contexto de vulnerabilidade não é uma aberração biológica. É expressão de uma estrutura social que produz doença. Aprender a lê-lo, com rigor e com sensibilidade, é adquirir uma forma de compreender a realidade. Isso convida a uma reconfiguração curricular, à formação de docentes capazes de facilitar o pensamento crítico, à inclu-

são de vivências em comunidade e a uma avaliação que reconheça, ao lado das competências técnicas, a consciência ética.

Ao final, compreendi que a anatomia não é apenas disciplina biológica. É a linguagem por meio da qual a vulnerabilidade social se escreve nos corpos. Ensinar alguém a lê-la, com rigor e com capacidade de transformação, é responsabilidade fundamental de toda instituição de formação em saúde. Que a anatomia deixe, então, de ser disciplina isolada; que desperte nos profissionais não apenas conhecimento técnico, mas consciência ética; que mostre que a vulnerabilidade social não é destino inevitável, mas estrutura que pode ser transformada. Porque os corpos falam. E, quando aprendemos a ouvi-los, aprendemos muito sobre o mundo que os vulnerabiliza e sobre nossa responsabilidade em transformá-lo.

REFERÊNCIAS

BARR, Hugh. **Interprofessional education: today, yesterday and tomorrow**. London: Centre for the Advancement of Interprofessional Education (CAIPE), 2005.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007. DOI: 10.1590/S0103-73312007000100006.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

GIODA, Fernando Rogério; GRISOTTI, Márcia; LANGDON, Esther Jean. Violência estrutural e adoecer no Haiti: reflexões sobre uma experiência. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 29, n. 2, e1801012, 2020. DOI: 10.1590/S0104-129020201801012.

HOOKS, bell. **Ensinando a transgredir: a educação como prática da liberdade**. Tradução de Marcelo Brandão Cipolla. 2. ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2017.

MARMOT, Michael. Social determinants of health inequalities. **The Lancet**, London, v. 365, n. 9464, p. 1099-1104, 2005. DOI: 10.1016/S0140-6736(05)71146-6.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Marco para a ação em educação interprofissional e prática colaborativa**. Washington, DC: OPAS/OMS, 2010.

PEDUZZI, Marina *et al.* Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 977-983, 2013. DOI: 10.1590/S0080-623420130000400029.

OS BENEFÍCIOS SOCIAIS DA MEDICINA NA VIDA DAS MULHERES

Jurandir Lopes Carneiro¹⁰



1 INTRODUÇÃO

A história da medicina é marcada por profundas transformações sociais, especialmente na vida das mulheres. Durante séculos, a saúde feminina, o bem-estar e a sexualidade foram negligenciados ou tratados de forma secundária. Contudo, os avanços médicos dos últimos dois séculos modificaram radicalmente esse cenário. A medicina não apenas reduziu riscos biológicos, mas também promoveu mudanças sociais significativas, ampliando a autonomia, a liberdade reprodutiva, a longevidade e a qualidade de vida das mulheres. Entre os marcos mais relevantes, destacam-se a contracepção, a redução da mortalidade materna e a terapia hormonal da menopausa, cujos impactos se traduziram em benefícios sociais duradouros e em maior protagonismo feminino na sociedade.

1.1 CONTRACEPÇÃO E LIBERDADE REPRODUTIVA

O advento da contracepção moderna, especialmente com a introdução da pílula anticoncepcional nos anos 1960, representou uma verdadeira revolução social. Pela primeira vez, as mulheres puderam controlar de forma eficaz sua fertili-

10 Médico Ginecologista e Obstetra - RQE 3718. Atuação em Ultrassonografia Ginecológica e Obstétrica - RQE 3718. Qualificação em Patologia cervical uterina e Colposcopia. Pós-graduação em Citopatologia ginecológica. Pós-graduação em Perícias Médicas. Pós-graduação em Medicina do Trabalho. Docente de Habilidades Médicas e NCS no curso de Medicina da FARESI.

dade, dissociando sexualidade de reprodução. A possibilidade de planejar a maternidade favoreceu maior inserção feminina no mercado de trabalho, ampliou o acesso à educação superior e fortaleceu a participação política, com impactos sociais profundos. A contracepção contribuiu para redefinir papéis de gênero, promovendo maior igualdade entre homens e mulheres e impulsionando uma mudança cultural significativa. A liberdade reprodutiva consolidou-se como um dos pilares da emancipação feminina no século XX, traduzindo-se em notável ganho de autonomia e protagonismo social.

Além da função contraceptiva, os anticoncepcionais hormonais apresentam benefícios adicionais relevantes para a saúde da mulher. De acordo com diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO), esses métodos são reconhecidos não apenas pela eficácia na prevenção da gravidez não planejada, mas também pelo papel no manejo de diversas condições ginecológicas, como a regulação da periodicidade dos ciclos menstruais, a melhora de quadros de acne e a redução da intensidade das cólicas e do fluxo menstrual, além da proteção contra determinadas neoplasias, especialmente de endométrio e de ovário. Tais efeitos, entretanto, variam conforme o tipo de método e sua formulação hormonal, devendo ser avaliados em conjunto com as características clínicas e as necessidades individuais de cada paciente.

2 PRINCIPAIS BENEFÍCIOS NÃO CONTRACEPTIVOS DOS MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS

2.1 CONTROLE DO CICLO MENSTRUAL

A regulação da menstruação por meio do uso de anticoncepcionais hormonais é considerada um dos benefícios clínicos mais relevantes para mulheres com ciclos menstruais

irregulares. Os anticoncepcionais combinados (estrogênio e progestagênio) promovem uma supressão controlada da atividade ovariana, resultando em ciclos artificiais previsíveis e regulares. Em mulheres com irregularidade decorrente de ciclos anovulatórios, o uso de anticoncepcionais garante a ocorrência de sangramentos programados, reduzindo a imprevisibilidade menstrual. A regularização do ciclo contribui para menor risco de hiperplasia endometrial, melhora da qualidade de vida e redução da ansiedade relacionada à irregularidade menstrual. Além dos efeitos fisiológicos, a previsibilidade do ciclo menstrual facilita o planejamento pessoal e reduz o estresse associado à incerteza dos sangramentos.

A redução do fluxo menstrual por meio do uso de anticoncepcionais hormonais tem relevância clínica e científica bem estabelecida. Os anticoncepcionais combinados (estrogênio e progestagênio) promovem supressão da proliferação endometrial, resultando em menor espessamento da mucosa e, conseqüentemente, em sangramentos mais leves e de menor duração. Ao reduzir a perda sanguínea mensal, diminui-se o risco de anemia ferropriva, especialmente em mulheres com menorragia ou predisposição à deficiência de ferro. A diminuição das cólicas decorre da menor produção de prostaglandinas endometriais, substâncias responsáveis pela contração uterina e pela dor associada à menstruação. O controle da dismenorreia e da intensidade do fluxo contribui para melhor adesão escolar, desempenho acadêmico e qualidade de vida, reduzindo ausências e limitações funcionais.

2.1.1 SAÚDE DA PELE E DO CABELO

Os anticoncepcionais hormonais também apresentam benefícios dermatológicos e capilares, que têm respaldo científico. Os anticoncepcionais combinados (estrogênio e pro-

gestagênio) diminuem a produção de androgênios ovarianos e a atividade da 5 α -redutase, reduzindo a conversão de testosterona em di-hidrotestosterona (DHT). Isso leva a menor estímulo das glândulas sebáceas, com consequente redução da seborreia e da acne. A diminuição da oleosidade contribui para menor obstrução dos folículos pilosos e redução da inflamação cutânea, favorecendo uma pele mais uniforme. Em alguns casos, especialmente quando há hiperandrogenismo, o uso de anticoncepcionais pode reduzir a queda capilar androgênica, já que a DHT é um dos principais fatores envolvidos na miniaturização dos folículos pilosos.

2.1.2 PROTEÇÃO CONTRA DOENÇAS GINECOLÓGICAS

Além do manejo de diversas condições ginecológicas, como a regulação dos ciclos menstruais, a melhora de quadros de acne e a redução da intensidade das cólicas e do fluxo menstrual, os anticoncepcionais hormonais são reconhecidos pela proteção contra determinadas neoplasias, em especial as de endométrio e de ovário. O mecanismo de ação envolve a supressão da ovulação e a diminuição da estimulação estrogênica não controlada sobre o endométrio, reduzindo a proliferação celular e, consequentemente, o risco de mutações. O uso de pílulas contendo apenas progestagênios também tem sido associado à redução do risco de câncer endometrial, uma vez que antagonizam a ação proliferativa do estrogênio sobre a mucosa, promovendo diferenciação celular e menor risco de hiperplasia.

Estudos sugerem uma associação entre o uso do dispositivo intrauterino (DIU) de cobre e a redução do risco de câncer cervical. A principal hipótese é que o efeito inflamatório local induzido pelo dispositivo estimule uma resposta imunológica contra o papilomavírus humano (HPV), reconhecido

como o principal fator etiológico desse tipo de câncer. Embora os mecanismos ainda não estejam totalmente esclarecidos, essa possível ação imunomodulatória reforça o papel do DIU de cobre não apenas como método contraceptivo eficaz, mas também como potencial fator protetor da saúde ginecológica.

2.1.3 TRATAMENTO DE CONDIÇÕES MÉDICAS

Evidências clínicas demonstram que o uso de anticoncepcionais hormonais contribui para a redução de sintomas como sangramento uterino anormal e dor pélvica em casos de miomas sintomáticos, adenomiose e endometriose, favorecendo melhora da qualidade de vida e controle da doença. O uso de anticoncepcionais hormonais reduz o fluxo menstrual e a produção de prostaglandinas, o que diminui a dor associada (dismenorreia) e o sangramento intenso, contribuindo para menor risco de anemia.

Os anticoncepcionais combinados auxiliam no controle da irregularidade menstrual em casos de síndrome dos ovários policísticos (SOP), prevenindo a hiperplasia endometrial decorrente da anovulação crônica. Além disso, contribuem para a redução dos níveis de androgênios circulantes, o que favorece o controle da acne, da seborreia e, em alguns casos, da queda de cabelo (alopecia androgenética). O efeito antian-drogênico é mais pronunciado em formulações que utilizam progestagênios de baixa atividade androgênica, como a dros-pirenona ou o acetato de ciproterona.

2.1.3 REDUÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA

A mortalidade materna refere-se à morte de uma mulher durante a gravidez, o parto ou até 42 dias após o fim da gestação, por causas relacionadas ou agravadas pela gra-

videz. A razão de mortalidade materna (RMM) costuma ser expressa em número de mortes por 100 mil nascidos vivos; a meta da ONU é reduzi-la para menos de 70 por 100 mil nascidos vivos até 2030.

Historicamente, o parto era um evento de alto risco. No século XIX, a mortalidade materna era elevada devido a infecções, hemorragias e complicações obstétricas. Campanhas médicas e manejos adequados foram efetivos na redução de desfechos maternos desfavoráveis. A principal causa de mortalidade materna no mundo ainda é a hemorragia pós-parto, principalmente decorrente de atonia uterina.

O Brasil já está dentro da meta global da ONU em termos de razão média, mas vive uma realidade de grande desigualdade interna, com regiões e populações vulneráveis (especialmente mulheres negras) além desse limiar. A pandemia interrompeu a tendência de queda, mas a estrutura do Sistema Único de Saúde, políticas específicas de saúde materna e metas explicitamente voltadas para desigualdades raciais oferecem um caminho realista para reduzir sustentavelmente a mortalidade materna nas próximas décadas, se acompanhados de investimento coerente, monitorização e prioridade política.

No Brasil, há perceptíveis desigualdades regionais e raciais. A região Norte apresenta a média mais alta de mortalidade materna no Brasil (cerca de 72,5 óbitos por 100 mil nascidos vivos), seguida pelo Nordeste (próximo de 69 por 100 mil), enquanto Centro-Oeste, Sudeste e Sul ficam em torno de 40 a 50 por 100 mil. Há forte desigualdade racial: mulheres negras têm taxa de mortalidade materna muito superior à de mulheres brancas. Iniciativas como Rede Cegonha e, mais recentemente, a Rede Alyne buscam reorganizar a rede de atenção obstétrica, assegurando fluxo contínuo entre atenção primária, pronto atendimento e maternidades de referência,

com foco especial em mulheres em situação de vulnerabilidade. Essa percepção tem significativo efeito social.

A meta global de reduzir a razão de mortalidade materna para menos de 70 por 100 mil nascidos vivos até 2030 está alinhada aos ODS (Objetivos de Desenvolvimento Sustentável). No Brasil, há metas ainda mais ambiciosas, como reduzir a RMM para, no máximo, 30 mortes por 100 mil nascidos vivos até 2030, reforçando a necessidade de políticas públicas consistentes. A garantia de parto seguro em ambiente adequado, com equipe treinada e insumos disponíveis, é fundamental para evitar óbitos. O fortalecimento de centros de parto normal e a garantia de acesso a maternidades de média e alta complexidade, quando há complicações, fazem parte das estratégias modernas para reduzir a mortalidade materna.

Vários países conseguiram reduzir fortemente a mortalidade materna adotando estratégias bem estruturadas, normalmente combinando acesso universal a cuidados obstétricos de qualidade, políticas de planejamento familiar e fortalecimento da rede de saúde.

Os notáveis avanços da medicina têm contribuído para a redução crescente da mortalidade materna:

A introdução da anestesia, das técnicas assépticas, dos antibióticos, de manejos adequados com base em evidências científicas, das transfusões sanguíneas e das cesarianas seguras representou importantes avanços médicos.

A redução da mortalidade materna permitiu que mulheres vivessem mais, cuidassem de suas famílias e participassem da vida comunitária, com grande impacto social.

Programas de pré-natal e políticas de saúde materna consolidaram a ideia de que a vida da mulher é prioridade, fortalecendo direitos sociais e humanos, numa proposta de saúde pública mais decente.

O uso de anticoncepcionais está diretamente ligado à redução da mortalidade materna, pois previne gestações não planejadas, diminui o número de abortos inseguros e reduz complicações obstétricas, fatores responsáveis por grande parte das mortes maternas evitáveis.

A redução da mortalidade materna constitui um dos indicadores mais sensíveis da equidade e da qualidade de um sistema de saúde. Esse resultado depende da integração entre práticas médicas (como o acompanhamento pré-natal, o manejo adequado das complicações e a existência de uma rede de referência), políticas públicas consistentes (incluindo financiamento, infraestrutura e metas claras) e o respeito aos direitos das mulheres, sobretudo das mais vulneráveis. Quando esses elementos se articulam de forma efetiva, observa-se uma queda significativa da mortalidade materna, como já documentado em diversas regiões do mundo, reafirmando que a maioria dessas mortes é evitável.

3 TERAPIA HORMONAL DA MENOPAUSA

Durante séculos, a menopausa foi marcada por estigmas, frequentemente associada à perda de vitalidade e à exclusão social. Com os avanços da medicina moderna, essa fase passou a ser reconhecida como um processo natural do envelhecimento feminino, e foram desenvolvidas terapias destinadas a aliviar sintomas, melhorar a qualidade de vida, preservar a libido e o desejo sexual, além de reduzir riscos cardiovasculares.

Introduzida no século XX, a terapia hormonal da menopausa (THM) mostrou-se eficaz na redução de sintomas como ondas de calor, insônia e osteoporose, proporcionando benefícios significativos à saúde e ao bem-estar da mulher. Essa intervenção permitiu que muitas mulheres prolongassem sua vida ativa, permanecendo produtivas no

mercado de trabalho e na vida social, com impactos positivos de grande relevância social.

A medicina também contribuiu para desconstruir preconceitos, reconhecendo o papel das mulheres maduras como líderes e referências comunitárias, valorizando a experiência acumulada ao longo da vida e promovendo maior integração social.

A terapia hormonal da menopausa (THM) oferece benefícios significativos.

3.1 ALÍVIO DOS SINTOMAS VASOMOTORES

A terapia hormonal da menopausa (THM) é hoje considerada a intervenção mais eficaz para o alívio das ondas de calor e da sudorese noturna, com impacto importante sobre a qualidade de vida e o bem-estar. As ondas de calor e a sudorese noturna são sintomas vasomotores típicos da queda brusca de estrogênio, frequentemente associadas a palpitações e despertares noturnos. A THM sistêmica reduz, de forma rápida e importante, a frequência e a intensidade dessas ondas de calor, melhorando também a qualidade do sono e o controle de sintomas cardiovasculares relacionados ao estresse autonômico.

3.1.1 ATUA NAS ARTICULAÇÕES E NOS MÚSCULOS

O estrogênio exerce papel protetor sobre a cartilagem articular, reduzindo processos inflamatórios, favorecendo a síntese de colágeno e mantendo sua hidratação. Também influencia a função muscular, promovendo maior contratilidade das fibras e contribuindo para a prevenção da sarcopenia. Mulheres em uso de terapia hormonal da menopausa relatam menor rigidez e dor articular, especialmente pela manhã ou após

períodos de inatividade, com impacto positivo na redução da dor e na qualidade de vida.

3.1.2 PREVENÇÃO DA OSTEOPOROSE

A terapia hormonal da menopausa (THM), seja com estrogênio isolado ou em combinação com progestagênio, desempenha papel fundamental na manutenção da densidade mineral óssea e, conseqüentemente, na redução do risco de fraturas osteoporóticas, sobretudo quando iniciada precocemente. Durante a menopausa, a queda abrupta dos níveis de estrogênio intensifica a atividade osteoclástica, aumentando a reabsorção óssea, acelerando a perda de massa óssea e elevando o risco de osteoporose. A reposição estrogênica por meio da THM inibe a ação dos osteoclastos, reduz os marcadores séricos de reabsorção óssea e promove estabilização ou incremento da densidade mineral óssea, especialmente em regiões críticas, como a coluna lombar e o fêmur proximal.

3.1.3 MELHORA DO HUMOR, DA QUALIDADE DE VIDA E DA COGNIÇÃO

A terapia hormonal da menopausa (THM), seja com estrogênio isolado ou em combinação com progestagênio, pode contribuir para a redução da irritabilidade, da ansiedade e de sintomas depressivos leves, sobretudo em mulheres que apresentam sintomas vasomotores intensos ou histórico de transtornos do humor relacionados às oscilações hormonais (como na síndrome pré-menstrual, no período pós-parto ou na perimenopausa). Nesses casos, o alívio das ondas de calor, da fragmentação do sono e da fadiga favorece, indiretamente, a melhora do humor e do bem-estar emocional, traduzindo-se em ganhos significativos de qualidade de vida.

3.1.4 MELHORA DA SAÚDE VAGINAL E URINÁRIA

A terapia hormonal da menopausa (THM) desempenha papel relevante na saúde urogenital, ao reduzir o ressecamento vaginal, a dor durante as relações sexuais (dispareunia), a incontínência urinária e a recorrência de infecções do trato urinário. Esses benefícios decorrem da reposição estrogênica, que promove a restauração da mucosa vaginal, a melhora da vascularização e da elasticidade dos tecidos, além de favorecer o equilíbrio da microbiota local e da função do trato urinário inferior.

3.1.5 BENEFÍCIOS ADICIONAIS

A Terapia Hormonal da Menopausa (THM) pode influenciar positivamente o desejo sexual e a função sexual em geral. Isso acontece porque a queda dos níveis de estrogênio e, em alguns casos, de testosterona durante a menopausa está diretamente ligada a sintomas como secura vaginal, dor nas relações sexuais e diminuição da libido.

A terapia hormonal da menopausa (estrogênio, isolado ou combinado com progesterona) está associada a uma redução moderada do risco de câncer colorretal, embora o mecanismo não esteja totalmente esclarecido. Diversos estudos epidemiológicos e metanálises mostram que mulheres em uso de terapia hormonal da menopausa (THM) têm cerca de 20% a 30% menos risco de desenvolver câncer colorretal em relação às não usuárias, com alguns trabalhos relatando até 40% a 50% de redução em usuárias de longo prazo. Esse efeito parece existir tanto para a terapia combinada (estrogênio e progestagênio) quanto, em alguns estudos, para o estrogênio isolado.

O potencial efeito cardioprotetor da terapia hormonal da menopausa (THM) é mais evidente quando iniciada na chamada “janela de oportunidade” (antes dos 60 anos de idade

ou até 10 anos após o início da menopausa). A explicação plausível para essa proteção é que a reposição precoce de estradiol parece exercer efeitos favoráveis sobre a função vascular, incluindo melhora da função endotelial, redução da inflamação sistêmica, modificação do perfil lipídico e estabilização da placa aterosclerótica em estágios iniciais.

A via transdérmica, por evitar o pico hepático de estrogênio, associa-se à menor elevação dos fatores de coagulação, reduzindo o risco de tromboembolismo venoso e de acidente vascular cerebral, o que contribui para um perfil de segurança mais favorável nesse período crítico.

3.1.6 OUTROS AVANÇOS RELEVANTES

A prevenção e o diagnóstico precoce do câncer de mama, por meio da mamografia e do rastreamento, são pilares fundamentais para reduzir a mortalidade e melhorar a qualidade de vida das mulheres. A mamografia é o exame de imagem mais utilizado para detectar alterações iniciais na mama, muitas vezes antes de serem palpáveis. O rastreamento consiste em realizar mamografias periódicas em mulheres assintomáticas, dentro de faixas etárias específicas (geralmente entre 40 e 69 anos, dependendo das diretrizes nacionais).

A vacinação contra o papilomavírus humano (HPV) é uma estratégia fundamental de saúde pública, contribuindo de forma significativa para a redução da incidência do câncer do colo do útero, uma das principais causas de mortalidade feminina no mundo.

A incorporação do teste molecular para detecção de HPV de alto risco permite direcionar a prevenção do câncer do colo do útero às mulheres que realmente necessitam. O teste de DNA-HPV apresenta sensibilidade significativamente superior à citologia oncológica, oferecendo maior segurança quando o re-

sultado é negativo, ao indicar baixa probabilidade de infecção ativa. Com menos exames ao longo da vida, torna-se possível organizar programas de rastreamento mais eficazes e ativos, alcançando as pessoas certas no momento adequado. Considera-se que mais de 99% dos casos de câncer do colo do útero estão associados à infecção persistente por HPV de alto risco.

Com a combinação da vacinação contra o HPV e da adoção de protocolos de rastreamento molecular em intervalos mais espaçados, especialistas projetam que o câncer do colo do útero poderá ser eliminado como problema de saúde pública em até duas décadas.

A consolidação de especialidades voltadas exclusivamente à saúde da mulher, como a ginecologia e a obstetrícia modernas, representa um marco importante na medicina contemporânea. Com foco integral na mulher, essas áreas não se limitam apenas ao aparelho reprodutor, mas abrangem a saúde sexual, reprodutiva, endocrinológica e preventiva. Os avanços tecnológicos em exames de imagem, cirurgias minimamente invasivas e terapias hormonais ampliaram a capacidade de diagnóstico e tratamento. A obstetrícia moderna busca equilibrar segurança clínica com respeito às escolhas da mulher, valorizando o parto humanizado e o protagonismo feminino.

Esses avanços reforçam a ideia de que a medicina não apenas trata doenças, mas promove cidadania e igualdade.

4 CONCLUSÃO

Os benefícios sociais da medicina na vida das mulheres são inegáveis. A contracepção trouxe liberdade reprodutiva e autonomia; a redução da mortalidade materna garantiu sobrevivência e estabilidade familiar; o tratamento da menopausa prolongou a qualidade de vida e combateu estigmas.

Somados a outros avanços, esses marcos transformaram a mulher em protagonista de sua própria história, permitindo maior participação social, política e econômica.

A medicina, portanto, não é apenas ciência aplicada ao corpo, mas também instrumento de emancipação e justiça social. A trajetória da saúde feminina mostra que cada conquista médica correspondeu a uma conquista social, consolidando o papel da mulher como sujeito ativo na construção da sociedade contemporânea.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes nacionais de atenção à saúde da mulher na menopausa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). **Consenso FEBRASGO: terapia hormonal na menopausa**. São Paulo: FEBRASGO, 2021.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). **Diretriz brasileira sobre a saúde cardiovascular no climatério e na menopausa**. São Paulo: FEBRASGO, 2024.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). **Diretriz prática clínica FEBRASGO: saúde da mulher na menopausa**. São Paulo: FEBRASGO, 2020.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). **Manual de orientação: climatério e menopausa**. São Paulo: FEBRASGO, 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional de Saúde: 2019**. Rio de Janeiro: IBGE, 2020.

INTERNATIONAL FEDERATION OF GYNECOLOGY AND OBSTETRICS (FIGO). **Contraception and family planning guidelines**. London: FIGO, 2024.

OPAS/OMS; BRASIL. Ministério da Saúde. **Principais questões sobre mortalidade materna e acesso ao planejamento reprodutivo**. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente, 2023.

TRINDADE, R. E. da; SIQUEIRA, B. B.; PAULA, T. F.; FELISBINO-MENDES, M. S. Uso de contracepção e desigualdades do planejamento reprodutivo das mulheres brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, supl. 2, 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Contraception**. Geneva: WHO, 2024.

A Medicina ultrapassa os limites da técnica e da ciência. Em cada decisão clínica, estão presentes questões éticas, sociais e humanas que desafiam o profissional a exercer seu papel com responsabilidade e compromisso com a sociedade. Em “O Papel Social do Médico”, pesquisadores e profissionais da área discutem diferentes dimensões da prática médica, abordando temas como ética, humanização, formação profissional, políticas públicas, determinantes sociais da saúde, sustentabilidade e equidade. Os capítulos apresentam reflexões fundamentadas que evidenciam a complexidade do cuidado e a importância da atuação médica para além do consultório e do hospital. Destinada a estudantes, docentes, médicos e demais profissionais da saúde, esta obra oferece uma leitura atual sobre os desafios da profissão e reafirma que cuidar da saúde significa, antes de tudo, compreender o ser humano em sua integralidade.

