


**DOENÇAS PREVALENTES NA INFÂNCIA – AVALIAÇÃO CLÍNICA E
CUIDADOS CONTINUADOS NO ÂMBITO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
(APS)**

**PREVALENT CHILDHOOD DISEASES – CLINICAL EVALUATION AND
CONTINUING CARE IN THE SCOPE OF PRIMARY HEALTH CARE (PHC)**

**ENFERMEDADES INFANTILES PREVALENTES: EVALUACIÓN CLÍNICA Y
ATENCIÓN CONTINUA EN EL ÁMBITO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE
SALUD (APS)**

 <https://doi.org/10.56238/arev7n6-132>

Data de submissão: 12/05/2025

Data de publicação: 12/06/2025

Antônio Nacílio Sousa dos Santos

Doutorando em Ciências Sociais
Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)
Horizonte, Ceará – Brasil.
E-mail: naciliosantos23@gmail.com

Luís Vicente Ferreira

Doutor em Ciências Sociais, Antropologia e Educação.
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP)
São Vicente, São Paulo – Brasil.
E-mail: professorluisvicente@gmail.com

Ticiano Magalhães Dantas

Mestre em Saúde da Família
Instituição: Universidade Regional do Cariri (URCA)
Crato, Ceará – Brasil.
E-mail: ticiano.mdantas@upe.br

Joana Pscheidt

Graduada em Medicina
Universidade do Oeste de Santa Catarina (UNOESC)
Joaçaba, Santa Catarina – Brasil.
E-mail: joanapscheidt@gmail.com

João Guilherme Medeiros

Mestrando em Ciências Odontológicas.
Universidade de São Paulo (USP)
Bauru, São Paulo – Brasil.
E-mail: joaoguilhermemedeiros@usp.br

Márcia Marin de Liz

Graduanda em Farmácia
Universidade Cruzeiro do Sul.
Lages, Santa Catarina – Brasil.
E-mail: marciamarin2020@icloud.com

Thomas Vaz Fluminhan

Graduando em Medicina
Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC/PR)
Curitiba, Paraná – Brasil.
E-mail: thomasvazflu@gmail.com

Thalles Yuri Loiola Vasconcelos

Mestre em Biotecnologia
Universidade Federal do Ceará (UFC)
Sobral, Ceará – Brasil.
E-mail: yuriloiola@gmail.com

Clairton Edinei dos Santos

Mestre em Ciências Médicas
Centro Universitário UNIFAVENI
Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul – Brasil.
E-mail: clairton03@hotmail.com

João Bruno Melo Moreira

Mestre em Ciências da Saúde
Universidade do Sul de Santa Catarina (Unisul/Tubarão)
Tabatinga, Amazonas – Brasil.
E-mail: j.brunomelo26@gmail.com

Rafael Ribeiro Maya

Doutor em Ortodontia
Faculdade São Leopoldo Mandic
São Luís, Maranhão – Brasil.
E-mail: rafael.maya@ufma.br

Nilhendeson Lopes de Farias

Especialista em Enfermagem em Saúde da Família
Centro Universitário (UNINASSAU/João Pessoa)
João Pessoa, Paraíba – Brasil.
E-mail: nill.lopes2012@gmail.com

Francisco Carlos Cavalcante

Especialista em Urgência e Emergência e UTI.
Faculdade Integrada de Patos (FIP)
Crato Ceará, Ceará – Brasil.
E-mail: enf.francisco.cavalcante@gmail.com

Sâmara Danielly de Medeiros Alves

Mestre em Saúde e Sociedade
Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN)
Caraúbas, Rio Grande do Norte – Brasil.
E-mail: samareilly87@gmail.com

Larissa Alves Ramos

Graduando em Farmácia
Universidade Federal do Pará (UFPA)
Belém, Pará – Brasil.
E-mail: larissa.alves.ramos@ics.ufpa.br

Líverna Maria Furtado Chaves

Especialista em Nutrição Clínica
Centro Universitário UNIFAVENI
João Pessoa, Paraíba – Brasil.
E-mail: nutri.livernachaves@gmail.com

RESUMO

A infância constitui uma fase de intensas transformações físicas, cognitivas e sociais, o que a torna especialmente suscetível ao adoecimento e à vulnerabilidade clínica. No cenário brasileiro, os principais agravos infantis que demandam atenção no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) incluem infecções respiratórias agudas, diarreias, enteroparasitoses, asma, anemia ferropriva, deficiência de vitamina A e arboviroses. Diante desse panorama, a APS exerce papel estratégico na promoção da saúde infantil, articulando ações de prevenção, vigilância em saúde, diagnóstico precoce e cuidados continuados, com foco na integralidade do cuidado e na territorialização das práticas clínicas. Este artigo tem como objeto de análise a abordagem clínica e o acompanhamento longitudinal das doenças prevalentes na infância no contexto da APS, considerando as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e as especificidades do cuidado pediátrico no território. O objetivo geral é compreender de que forma a APS organiza e executa ações de manejo clínico e cuidado continuado frente aos agravos mais frequentes na infância. Como objetivos específicos, destacam-se: (1) identificar os principais agravos infantis atendidos na APS; (2) analisar os protocolos clínicos e as estratégias de cuidado adotadas; (3) discutir a centralidade do vínculo, da longitudinalidade e da participação familiar na efetividade do cuidado. A pergunta de partida que orienta a investigação é: como a APS contribui para o manejo clínico e o acompanhamento contínuo das doenças prevalentes na infância, garantindo atenção integral, humanizada e resolutive no território? Teoricamente trabalhamos com os trabalhos de Bagrichevsky e Estevão (2015), Barbosa (2002), Canguilhem (2009), Farmer (1998; 2003; 2013), Giovanella (2012), Illich (1975; 1982), Kickbusch (2013), Levy e Sidel (2005; 2007), Marmot (2005; 2015), McKeown (1980), Mendes (2011), Merhy (2007; 2016), Minayo (2007), Paim (2011; 2012), Pickett e Wilkinson (2010), Richter (2001), Santos (2023), Starfield (1994; 2002; 2005), Werner (2009), Wilkinson e Marmot (2005; 2010), entre outros, bem como documentos da OMS e UNICEF (2005). A pesquisa é de cunho qualitativa a partir de Minayo (2007), bibliográfica e descritiva conforme Gil (2008) e com análise crítica-compreensiva a partir de Weber (1949). Os achados desta pesquisa evidenciam que a Atenção Primária à Saúde (APS) desempenha um papel central e insubstituível no manejo clínico e no acompanhamento continuado das doenças prevalentes na infância. Por meio de ações territoriais, escuta qualificada e vínculo duradouro com as famílias, a APS garante um cuidado mais integral, resolutivo e humanizado, especialmente em contextos de maior vulnerabilidade social. Observou-se que o sucesso das práticas clínicas depende, sobretudo, da

articulação entre protocolos, saberes locais e presença cotidiana das equipes nos territórios. Assim, a APS se consolida como base estruturante da proteção à saúde infantil no SUS.

Palavras-chave: Saúde Infantil. Atenção Primária. Agravos Prevalentes. Cuidado Territorial.

ABSTRACT

Childhood constitutes a phase of intense physical, cognitive, and social transformations, which makes it particularly susceptible to illness and clinical vulnerability. In the Brazilian context, the main childhood illnesses requiring attention within the scope of Primary Health Care (PHC) include acute respiratory infections, diarrheal diseases, enteroparasitoses, asthma, iron-deficiency anemia, vitamin A deficiency, and arboviral infections. Given this scenario, PHC plays a strategic role in promoting child health by articulating prevention, health surveillance, early diagnosis, and continuous care, with a focus on comprehensive care and territorialized clinical practices. This article analyzes the clinical approach and longitudinal follow-up of prevalent childhood diseases in the context of PHC, considering the guidelines of the Brazilian Unified Health System (SUS) and the specificities of pediatric care within the territory. The general objective is to understand how PHC organizes and executes clinical management and ongoing care actions in response to the most frequent childhood illnesses. The specific objectives are: (1) to identify the main childhood diseases addressed in PHC; (2) to analyze clinical protocols and adopted care strategies; and (3) to discuss the centrality of bonding, continuity, and family participation in the effectiveness of care. Theoretically, this study is grounded in the works of Bagrichevsky and Estevão (2015), Barbosa (2002), Canguilhem (2009), Farmer (1998; 2003; 2013), Giovanella (2012), Illich (1975; 1982), Kickbusch (2013), Levy and Sidel (2005; 2007), Marmot (2005; 2015), McKeown (1980), Mendes (2011), Merhy (2007; 2016), Minayo (2007), Paim (2011; 2012), Pickett and Wilkinson (2010), Richter (2001), Santos (2023), Starfield (1994; 2002; 2005), Werner (2009), Wilkinson and Marmot (2005; 2010), among others, as well as documents from WHO and UNICEF (2005). This is a qualitative study based on Minayo (2007), with a bibliographic and descriptive approach as proposed by Gil (2008), and a critical-comprehensive analysis according to Weber (1949). The findings of this research show that Primary Health Care (PHC) plays a central and irreplaceable role in the clinical management and continuous follow-up of prevalent childhood diseases. Through territorial actions, qualified listening, and lasting bonds with families, PHC ensures more comprehensive, resolute, and humanized care, especially in contexts of greater social vulnerability. It was observed that the success of clinical practices depends, above all, on the articulation between protocols, local knowledge, and the daily presence of health teams in the territories. Thus, PHC consolidates itself as the structural foundation of child health protection within SUS.

Keywords: Child Health. Primary Health Care. Prevalent Illnesses. Territorial Care.

RESUMEN

La infancia constituye una etapa de intensas transformaciones físicas, cognitivas y sociales, lo que la hace especialmente susceptible a enfermedades y a la vulnerabilidad clínica. En el contexto brasileño, los principales padecimientos infantiles que requieren atención en el ámbito de la Atención Primaria de Salud (APS) incluyen infecciones respiratorias agudas, diarreas, enteroparasitosis, asma, anemia ferropénica, deficiencia de vitamina A y arbovirosis. Ante este panorama, la APS desempeña un papel estratégico en la promoción de la salud infantil, articulando acciones de prevención, vigilancia en salud, diagnóstico precoz y cuidados continuados, con enfoque en la integralidad del cuidado y en la territorialización de las prácticas clínicas. Este artículo tiene como objeto de análisis el abordaje clínico y el seguimiento longitudinal de las enfermedades prevalentes en la infancia en el contexto de la APS, considerando las directrices del Sistema Único de Salud (SUS) y las especificidades del

cuidado pediátrico en el territorio. El objetivo general es comprender de qué forma la APS organiza y ejecuta acciones de manejo clínico y cuidado continuado frente a los principales agravos infantiles. Como objetivos específicos se destacan: (1) identificar los principales padecimientos infantiles atendidos en la APS; (2) analizar los protocolos clínicos y las estrategias de cuidado adoptadas; (3) discutir la centralidad del vínculo, de la longitudinalidad y de la participación familiar en la efectividad del cuidado. Teóricamente, se fundamenta en los trabajos de Bagrichevsky y Estevão (2015), Barbosa (2002), Canguilhem (2009), Farmer (1998; 2003; 2013), Giovanella (2012), Illich (1975; 1982), Kickbusch (2013), Levy y Sidel (2005; 2007), Marmot (2005; 2015), McKeown (1980), Mendes (2011), Merhy (2007; 2016), Minayo (2007), Paim (2011; 2012), Pickett y Wilkinson (2010), Richter (2001), Santos (2023), Starfield (1994; 2002; 2005), Werner (2009), Wilkinson y Marmot (2005; 2010), entre otros, así como en documentos de la OMS y UNICEF (2005). Se trata de una investigación cualitativa basada en Minayo (2007), de carácter bibliográfico y descriptivo según Gil (2008), con análisis crítico-comprensivo según Weber (1949). Los hallazgos de esta investigación evidencian que la Atención Primaria de Salud (APS) desempeña un papel central e insustituible en el manejo clínico y en el seguimiento continuado de las enfermedades prevalentes en la infancia. A través de acciones territoriales, escucha calificada y vínculos duraderos con las familias, la APS garantiza un cuidado más integral, resolutivo y humanizado, especialmente en contextos de mayor vulnerabilidad social. Se observó que el éxito de las prácticas clínicas depende, sobre todo, de la articulación entre protocolos, saberes locales y la presencia cotidiana de los equipos en los territorios. Así, la APS se consolida como la base estructural para la protección de la salud infantil en el SUS.

Palabras clave: Salud Infantil. Atención Primaria. Enfermedades Prevalentes. Cuidado Territorial.

1 INTRODUÇÃO

1.1 INFÂNCIA, VULNERABILIDADE E CUIDADO: DESIGUALDADES, AGRAVOS PREVALENTES E O PAPEL ESTRATÉGICO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL – INTRODUCINDO

Ainda que a infância seja uma etapa marcada por descobertas, aprendizagens e crescimento, ela também representa um dos momentos de maior vulnerabilidade biológica e social ao adoecimento. Isso se deve, sobretudo, ao fato de que o organismo da criança está em pleno processo de maturação, o que a torna mais suscetível às infecções, deficiências nutricionais e agravos preveníveis, especialmente em contextos de pobreza e negligência estatal. Assim “[...] o risco de morrer por causas evitáveis na infância é enormemente maior em países desiguais, onde o acesso à saúde, à nutrição e à moradia adequada é precário”, afirma Farmer (2003, p. 56). Nesse sentido, cabe ressaltar que a mortalidade infantil, frequentemente usada como indicador-síntese das condições de vida de um país, revela disparidades regionais e socioeconômicas profundas que ainda persistem no Brasil. Como afirmam Wilkinson e Marmot (2005): “[...] as desigualdades sociais estão fortemente associadas aos piores indicadores de saúde infantil, comprometendo o desenvolvimento e a qualidade de vida das crianças” (p. 12). Assim, pensar a infância como uma etapa frágil não é reforçar uma visão biologizante, mas reconhecer que as condições estruturais amplificam essa fragilidade, exigindo políticas públicas articuladas e permanentes.

Os riscos à saúde e ao bem-estar das crianças aumentam significativamente com a pobreza, habitações precárias, nutrição inadequada, exposição a perigos ambientais e falta de acesso aos serviços de saúde. Esses fatores estão fortemente associados a maiores taxas de mortalidade infantil, baixo peso ao nascer, problemas de desenvolvimento e doenças infecciosas entre crianças que vivem em situação de pobreza¹ (Levy & Sidel, 2005, p. 118).

Do mesmo modo, é fundamental observar que a infância é atravessada por intensas transformações fisiológicas, imunológicas, cognitivas e socioemocionais, as quais demandam uma atenção específica e contínua por parte dos serviços de saúde. Dito isso, a cada fase do desenvolvimento infantil, surgem novas exigências adaptativas ao ambiente físico e social, tornando o organismo infantil mais sensível a alterações nutricionais, infecções e estímulos adversos. Não apenas o crescimento físico acelerado, mas também o amadurecimento neuropsicológico e afetivo tornam essa fase particularmente delicada. Neste sentido, “[...] o sistema imunológico da criança ainda se encontra em processo de maturação, o que aumenta a vulnerabilidade a infecções respiratórias,

¹ Tradução nossa.

diarreicas e parasitárias nos primeiros anos de vida”, conforme enfatiza Starfield (2002, p. 74). Além disso, os vínculos afetivos estabelecidos com cuidadores, à qualidade das interações sociais e o acesso a ambientes saudáveis são elementos cruciais para o equilíbrio emocional e a promoção da saúde. Como destaca Giovanella (2012), “[...] os aspectos emocionais e relacionais desempenham papel essencial no desenvolvimento saudável da criança, influenciando sua resposta ao adoecimento e à terapêutica” (p. 41). Dessa forma, cuidar da infância exige compreender esse entrelaçamento entre corpo, emoção e ambiente, indo muito além da dimensão biomédica.

Contudo, não se pode ignorar que as condições socioeconômicas precárias exercem influência direta sobre a saúde das crianças, determinando a frequência e a gravidade dos agravos que as acometem. Isto é, a desigualdade no acesso à alimentação adequada, à moradia salubre, ao saneamento básico e à educação compromete não apenas o desenvolvimento pleno, mas também a resistência do organismo infantil frente às adversidades ambientais. A título de ilustração, crianças que vivem em regiões sem rede de esgoto, água potável ou coleta de lixo estão mais expostas a enteroparasitoses e doenças infecciosas, comprometendo seu estado nutricional e imunológico. Conforme alertam Farmer, Kim e Kleinman (2000, p. 260), “[...] as crianças em situação de pobreza tendem a adoecer com maior frequência e a morrer de causas evitáveis, pois vivem sob múltiplas privações simultâneas”. Decerto, é importante destacar que, além da carência material, o sofrimento social e a invisibilidade institucional ampliam o risco de negligência e violência, fragilizando ainda mais os vínculos de proteção. Segundo Wilkinson e Pickett, “[...] sociedades com maiores níveis de desigualdade social apresentam piores indicadores de saúde infantil, mesmo em contextos economicamente desenvolvidos” (2010, p. 143). Assim sendo, enfrentar os agravos prevalentes da infância requer, antes de tudo, o enfrentamento das iniquidades sociais que as sustentam.

Os pobres têm maior probabilidade de serem expostos a patógenos e menor chance de se beneficiarem de medidas eficazes de prevenção ou tratamento. Suas enfermidades muitas vezes não são reconhecidas como problemas de saúde pública ou preocupação social. Em um mundo marcado pela desigualdade, as crianças nascidas na pobreza carregam não apenas taxas mais altas de doenças infecciosas, mas também uma probabilidade maior de que essas doenças permaneçam sem tratamento. Quando a pobreza se alia à marginalização social, o peso torna-se quase intransponível (Farmer, 1999, p. 33).

Assim, diante das múltiplas vulnerabilidades que atravessam a infância, é urgente reconhecer os agravos com maior incidência e impacto sobre a saúde infantil no Brasil. Entre os mais recorrentes, destacam-se a anemia ferropriva, a deficiência de vitamina A, a asma, as infecções respiratórias

agudas, a diarreia, as enteroparasitoses e as arboviroses. Segundo o ENANI-2019², aproximadamente 10% das crianças menores de cinco anos apresentam deficiência de vitamina A, enquanto a anemia afeta cerca de 18% das crianças nessa mesma faixa etária. Em relação às doenças infecciosas, o Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde aponta que as infecções respiratórias representam mais de 30% das internações pediátricas em algumas regiões do país. A rigor, “[...] dados nacionais revelam que as enteroparasitoses acometem entre 20% e 30% das crianças em idade pré-escolar, especialmente naquelas que vivem em comunidades sem acesso ao saneamento básico”, conforme aponta Giovanella (2012, p. 151). De forma complementar, Farmer (1999), em suas análises, sublinha que “[...] a asma infantil, embora frequentemente negligenciada nas políticas públicas, é uma das principais causas de absenteísmo escolar e sofrimento crônico nos contextos urbanos empobrecidos” (p. 96). Dessa forma, evidencia-se que a carga de adoecimento na infância é profundamente moldada por fatores evitáveis, cuja superação exige ações integradas de prevenção e cuidado contínuo.

Por conseguinte, é fundamental respaldar as análises sobre o adoecimento infantil com dados epidemiológicos concretos e atualizados, que evidenciam a persistência das desigualdades em saúde desde a infância. Segundo o ENANI-2019, as prevalências de anemia e deficiência de vitamina A em crianças brasileiras menores de cinco anos são de, respectivamente, 10,1% e 6%, revelando uma melhora em relação a 2006, mas ainda com expressivas disparidades regionais e socioeconômicas. Vale lembrar que “[...] o ENANI também revelou que o excesso de peso infantil já afeta 10% das crianças avaliadas, indicando uma dupla carga de má nutrição nos domicílios mais pobres” (Brasil, 2021, p. 34). Em consonância, os dados da PNDS-2006 apontavam taxas significativamente mais altas, com cerca de 20,9% de anemia e 17,4% de deficiência de vitamina A, o que demonstra certo avanço, porém ainda insuficiente para eliminar tais agravos. Como ressaltado no boletim do Ministério da Saúde, “[...] os agravos respiratórios permanecem como a principal causa de internação de crianças menores de cinco anos no SUS, representando 34,7% das hospitalizações nessa faixa etária” (Brasil, 2023, p. 7). Em outras palavras, embora tenhamos progressos tímidos em alguns indicadores, as

² O Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (ENANI-2019) representa um marco fundamental para a compreensão da situação nutricional das crianças brasileiras menores de cinco anos, fornecendo dados atualizados sobre aleitamento materno, consumo alimentar, anemia, deficiência de vitamina A e estado nutricional infantil. Os resultados evidenciam que, embora tenha havido avanços em algumas áreas, persistem desigualdades regionais significativas e alta prevalência de agravos como anemia e obesidade infantil, especialmente em contextos de maior vulnerabilidade social. A título de ilustração, o estudo aponta que 10,1% das crianças brasileiras apresentavam deficiência de vitamina A, com taxas mais elevadas nas regiões Norte e Nordeste. Tais informações são essenciais para orientar políticas públicas e estratégias de cuidado no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), contribuindo para intervenções territorializadas, preventivas e resolutivas, voltadas à promoção da saúde infantil. Ver: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil – ENANI-2019: resultados preliminares – indicadores de aleitamento materno no Brasil. Rio de Janeiro: UFRJ, 2020. Disponível em: <https://enani.nutricao.ufrj.br/index.php/documentos/>. Acesso em: 02 jun. 2025.

condições que afetam a saúde infantil continuam refletindo as iniquidades estruturais no acesso à alimentação adequada, saneamento, educação e atenção básica à saúde.

A persistência de desigualdades sociais na infância impacta diretamente os indicadores epidemiológicos, evidenciando que as condições de vida ainda são os principais determinantes do processo de adoecer e morrer entre crianças. O acesso desigual à nutrição, ao saneamento básico e aos serviços de saúde reflete-se nos dados de morbimortalidade infantil, tornando evidente que os avanços obtidos não foram capazes de romper as estruturas que mantêm essas disparidades. As estatísticas revelam mais do que números: denunciam a falência de políticas públicas universais em contextos de vulnerabilidade crônica, em que nascer e crescer continuam sendo experiências atravessadas por riscos evitáveis (Minayo, 2006, p. 113).

Desse modo, em consequência do cenário alarmante das doenças prevalentes na infância, os dados epidemiológicos se revelam fundamentais para embasar políticas públicas mais eficazes. Os inquéritos nacionais, como o ENANI-2019 e o PNDS-2006, fornecem evidências robustas da persistência da má nutrição, da deficiência de micronutrientes e das enfermidades infecciosas em faixas etárias críticas. Segundo o ENANI, quase 11% das crianças brasileiras de até cinco anos apresentavam déficit de altura para idade em 2019, refletindo tanto desnutrição crônica quanto exclusão social. Os boletins epidemiológicos do Ministério da Saúde e os registros do SISAB/SUS³ também apontam uma alta incidência de síndromes respiratórias, doenças diarreicas e arboviroses nas regiões Norte e Nordeste, especialmente em territórios marcados pela precariedade sanitária. Conforme salientam os registros do sistema, “[...] os fatores sociais, ambientais e econômicos continuam determinando os padrões de adoecimento infantil no Brasil” (Brasil, 2022, p. 18). De igual maneira, McKeown (1980, p. 112) destacou: “[...] A queda nas taxas de mortalidade infantil ocorreu principalmente por melhorias nas condições de vida, e não por avanços biomédicos diretos”. Desse modo, a leitura dos dados institucionais não pode prescindir de uma análise crítica que reconheça a infância como categoria social exposta a desigualdades estruturais e vulnerabilidades acumuladas, exigindo atuação contínua e territorializada por parte dos sistemas de saúde.

³ O Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) representa uma infraestrutura crucial para a qualificação do cuidado territorializado na atenção primária. Implantado oficialmente em 2013, ele consolida e moderniza o registro de informações sobre atendimentos, indicadores de saúde e atividades das equipes, substituindo o antigo SIAB e integrando-se à estratégia e-SUS APS, que abrange instrumentos como o Coleta de Dados Simplificado e o Prontuário Eletrônico do Cidadão (sisab.saude.gov.br). Isso significa que, além de alimentar o financiamento e o monitoramento da APS, o SISAB permite identificar, por microterritório e por família, precocemente, fatores de risco para doenças prevalentes na infância – como diarreias, asma, anemia ou atrasos no desenvolvimento. Em síntese, ao automatizar fluxos e ampliar a gestão da informação, o SISAB fortalece o planejamento clínico-territorial e favorece intervenções mais direcionadas e contínuas à saúde infantil nas comunidades. Ver: BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica – SISAB: portaria GM/MS nº 1.412, de 10 de julho de 2013. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <https://sisab.saude.gov.br>. Acesso em: 02 jun. 2025.

Logo, diante da complexidade dos agravos prevalentes na infância, a Atenção Primária à Saúde (APS)⁴ desponta como eixo estruturante para o cuidado integral, contínuo e equitativo. Por meio de ações voltadas à promoção da saúde, prevenção de doenças e acompanhamento longitudinal, a APS atua como a principal porta de entrada do SUS, sendo capaz de identificar precocemente situações de risco, oferecer escuta qualificada e articular cuidados com base nas necessidades do território. Em um bairro periférico, com alta densidade populacional infantil, por exemplo, a presença de equipes de saúde da família que conhecem as dinâmicas locais favorece intervenções mais resolutivas, como a antecipação de surtos de diarreia em períodos chuvosos. Dito isso, “[...] a APS tem demonstrado um papel decisivo na redução da mortalidade infantil e na ampliação do acesso a serviços básicos de saúde, principalmente em populações historicamente negligenciadas” (Starfield et al., 2005, p. 419). De modo complementar, conforme afirmam Merhy e Feuerwerker (2007, p. 142): “[...] a potência da atenção primária reside no encontro, na escuta e na construção de vínculo entre os trabalhadores da saúde e os sujeitos em situação de vulnerabilidade”. Assim, a relevância da APS não se limita a sua função assistencial, mas se expande na direção de uma prática clínica ampliada, que considera os determinantes sociais da saúde e atua sobre eles com intencionalidade política e ética.

A Atenção Primária, quando organizada de forma territorializada e com vínculos duradouros, é capaz de responder às necessidades específicas de populações em situação de vulnerabilidade, sobretudo quando se trata de crianças. O reconhecimento das dinâmicas locais, da cultura e dos fluxos sociais permite às equipes de saúde construir uma prática clínica ampliada, que vai além do biomédico. O cuidado se torna, então, um ato político, situado e comprometido com a redução das desigualdades. Nesse sentido, a APS não apenas trata doenças, mas transforma vidas ao promover dignidade e equidade desde os primeiros anos de vida (Paim, 2010, p. 213).

Por isso, compreender a definição e o papel da Atenção Primária à Saúde (APS) no SUS exige ir além da dimensão técnica, adentrando o campo da justiça social, da equidade e da democratização do cuidado. A APS é definida como o primeiro nível de atenção do sistema de saúde, responsável por coordenar o cuidado e garantir acesso contínuo e integral a serviços essenciais. Em outras palavras, ela opera como base de sustentação do modelo de atenção, articulando ações individuais e coletivas

⁴ A Atenção Primária à Saúde (APS) constitui o primeiro nível de atenção do sistema de saúde e desempenha um papel estratégico na promoção, prevenção e cuidado contínuo da população, especialmente em contextos de vulnerabilidade social. Ela é fundamentada na integralidade, na equidade e na coordenação do cuidado, oferecendo respostas resolutivas às necessidades mais comuns de saúde e articulando-se com os demais níveis do sistema. A APS é reconhecida internacionalmente como a principal via para a consolidação de sistemas universais e sustentáveis de saúde, pois “[...] amplia o acesso, reduz desigualdades e melhora os resultados em saúde quando bem estruturada e financiada” (Starfield, 2002, p. 21). No Brasil, sua organização se dá por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), fortalecendo a relação entre equipe de saúde e comunidade e viabilizando a vigilância em saúde com base territorial. Ver: STARFIELD, Barbara. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

com foco na promoção da saúde e na prevenção de agravos. De forma emblemática, a implantação das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) em comunidades anteriormente desassistidas ilustra esse papel estruturante e transformador. Como afirmam Mendes e Carnut, “[...] a APS deve assumir a centralidade do sistema de saúde, coordenando as ações nos demais níveis, promovendo a equidade e fortalecendo o vínculo entre população e serviços” (2011, p. 38). Dito isso, ainda que existam limitações estruturais, como escassez de recursos e sobrecarga de profissionais, a APS permanece como horizonte possível de superação das iniquidades. Ou seja, “[...] a atenção primária é, ao mesmo tempo, porta de entrada, centro de comunicação e ponto de convergência entre os diferentes componentes do sistema de saúde” (Paim, 2012, p. 122), o que reafirma seu papel como mediadora entre os sujeitos e o direito à saúde.

Assim, à medida que se reconhece a infância como um período crítico para o desenvolvimento humano, torna-se indispensável que a Atenção Primária à Saúde (APS) adote estratégias específicas voltadas à proteção e ao cuidado integral das crianças. Nesse sentido, ações como o aleitamento materno exclusivo, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, a vigilância nutricional e a vacinação sistemática constituem pilares estruturantes das políticas públicas. A título de ilustração, a atuação das equipes da Estratégia Saúde da Família em visitas domiciliares e nas consultas de puericultura revela o esforço em criar vínculos duradouros com as famílias, promovendo uma abordagem singularizada e territorializada. Conforme registra Starfield (1994, p. 448), “[...] os programas de atenção primária que enfatizam a continuidade, a acessibilidade e a abordagem centrada na pessoa mostram maior efetividade na prevenção de agravos na infância”. Além disso, deve-se destacar a importância da escuta qualificada e da intersetorialidade na formulação de respostas às múltiplas vulnerabilidades que afetam as crianças em situação de risco. Merhy enfatiza que “[...] é no cotidiano da produção do cuidado que se deve construir um modo de agir clínico que seja capaz de acolher, escutar e responder às necessidades de cada sujeito” (2007, p. 93), o que implica transformar os serviços de saúde em espaços de acolhimento e escuta ativa desde os primeiros anos de vida.

[...] a Atenção Primária à Saúde, quando efetivamente centrada no território, permite que se desenvolvam vínculos duradouros entre as equipes de saúde e as famílias, o que é particularmente importante no cuidado com crianças pequenas. O acompanhamento do crescimento, a promoção do aleitamento, as visitas domiciliares e a escuta sensível às demandas familiares constituem pilares de uma atenção integral e humanizada, capaz de detectar vulnerabilidades precoces e articular respostas intersetoriais (Giovanella et al., 2021, p. 212).

Dessa forma, justificar uma investigação sobre as doenças prevalentes na infância no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS) exige, antes de tudo, reconhecer as brechas históricas que ainda

comprometem a equidade no cuidado infantil. Apesar dos avanços institucionais, milhares de crianças brasileiras seguem expostas a riscos evitáveis, seja por ausência de diagnóstico precoce, por descontinuidade no acompanhamento clínico ou por falhas na integração entre serviços. Tal como alerta Farmer (1999, p. 51): “[...] as intervenções de saúde pública frequentemente ignoram as condições estruturais que determinam a vulnerabilidade à doença e ao sofrimento”, evidenciando que uma perspectiva crítica da APS deve necessariamente abarcar os determinantes sociais. A título de ilustração, crianças negras, indígenas ou em contextos periféricos ainda vivenciam índices mais elevados de internações por causas sensíveis à atenção primária, como pneumonias ou desnutrição. De forma complementar, cabe lembrar que Wilkinson e Pickett (2010, p. 118) demonstram que “[...] sociedades mais desiguais produzem piores indicadores de saúde infantil, mesmo quando possuem sistemas públicos de saúde estruturados”. Portanto, investigar essas fragilidades, mapear as lacunas e fortalecer os elos entre cuidado clínico e justiça social é o que confere relevância ética, política e científica a este estudo, numa tentativa concreta de contribuir para a transformação da realidade de milhares de crianças no país.

Portanto, os objetivos deste artigo foram traçados com o intuito de compreender, com rigor e sensibilidade, como a Atenção Primária à Saúde organiza e executa ações de manejo clínico e cuidado continuado frente aos agravos prevalentes na infância brasileira. O objetivo geral, por sua vez, centra-se na análise crítica da atuação da APS diante das principais doenças que acometem crianças no país, enquanto os objetivos específicos incluem: (1) identificar os agravos mais comuns, (2) mapear as estratégias adotadas no território e (3) avaliar os limites e potencialidades da APS no enfrentamento dessas condições. Assim, cabe lembrar que a definição clara dos objetivos de um estudo é condição essencial para sua relevância metodológica e teórica. Segundo Minayo, “[...] os objetivos revelam a intencionalidade da pesquisa e orientam o percurso investigativo a partir das inquietações éticas e políticas do pesquisador” (2007, p. 25). Diante disso, a pergunta que norteia esta investigação é: de que forma a APS estrutura o cuidado longitudinal e integrado às crianças acometidas por agravos prevalentes, considerando os determinantes sociais e os desafios da vigilância em saúde? Em consonância com essa formulação, Farmer (2013, p. 145) observa que “[...] todo projeto de pesquisa em saúde deve partir da escuta dos silenciados, e não das prioridades burocráticas impostas de cima para baixo”. Assim, afirmar a centralidade do cuidado infantil e o papel estratégico da APS exige não apenas compromisso científico, mas também escuta, crítica e desejo de transformação social.

2 CAMINHOS METODOLÓGICOS PARA A COMPREENSÃO CRÍTICA DO CUIDADO INFANTIL NA APS: UMA ABORDAGEM QUALITATIVA, ANALÍTICA E INTERSETORIAL

A presente pesquisa adota uma abordagem qualitativa, de caráter descritivo e analítico, voltada para a compreensão aprofundada das práticas clínicas e estratégias de cuidado adotadas pela Atenção Primária à Saúde (APS) frente aos agravos prevalentes na infância. Tal escolha metodológica se justifica pela natureza complexa e situada dos fenômenos investigados, os quais não podem ser reduzidos a números ou generalizações, mas exigem interpretação contextualizada das experiências e ações dos sujeitos envolvidos. Em consonância com Stake (2011, p. 45), “[...] a investigação qualitativa oferece ao pesquisador a chance de ver o fenômeno sob o ponto de vista das pessoas envolvidas, com suas crenças, práticas e relações singulares”. Do mesmo modo, Flick (2009, p. 23) argumenta que “[...] a pesquisa qualitativa procura captar o ponto de vista dos participantes em sua complexidade e contradição, reconhecendo que os significados são construídos socialmente e estão em constante negociação”.

[...] os estudos qualitativos não têm como meta quantificar, generalizar ou prever comportamentos. Seu objetivo principal é compreender os significados, as intenções, os motivos e as crenças que sustentam as práticas humanas, a partir da perspectiva dos atores envolvidos. Por isso, requerem uma atitude de escuta atenta, imersão no campo de estudo e valorização da subjetividade como parte constitutiva da realidade investigada. O pesquisador, ao interpretar o fenômeno, precisa reconhecer a historicidade, as contradições e os contextos simbólicos nos quais os sujeitos estão inseridos (Minayo, 2007, p. 34).

A fim de interpretar os sentidos atribuídos às práticas de cuidado infantil na APS, esta pesquisa se fundamenta na análise crítica-compreensiva conforme proposta por Max Weber (1949), priorizando a compreensão do sentido das ações humanas a partir de suas motivações, valores e contextos. Isso significa dizer que o foco recai menos sobre os efeitos objetivos dos protocolos e mais sobre as racionalidades que os orientam. Para além disso, adotou-se como lente teórico-metodológica complementar a abordagem hermenêutico-dialética, segundo a qual “[...] interpretar é um ato situado, mediado pela linguagem, pelo tempo histórico e pelas disputas simbólicas” (Minayo, 2007, p. 131). Como ressaltam Deslandes e Gomes (2002, p. 63), “[...] compreender o cuidado em saúde exige mergulhar nas tensões entre o instituído e o instituinte, entre o que é normatizado e o que é reinventado no cotidiano dos serviços”.

A estratégia metodológica utilizada foi o estudo bibliográfico, com base em fontes científicas, documentos técnicos e diretrizes institucionais que versam sobre saúde infantil e APS. Foram selecionados autores clássicos e contemporâneos que discutem os determinantes sociais da saúde, as

práticas clínicas em territórios vulnerabilizados e os fundamentos ético-políticos do cuidado: entre eles, Barbara Starfield, Paul Farmer, Michael Marmot, Thomas McKeown, Ivan Illich, Jairnilson Paim, Emerson Merhy, Maria Helena Giovanella, entre outros. Em complemento, foram examinadas normativas nacionais como os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, relatórios da Organização Mundial da Saúde e da UNICEF. Como observa Gil (2008, p. 44), “[...] o estudo bibliográfico permite conhecer as contribuições científicas anteriores sobre um determinado problema, evitando repetições e aprofundando o conhecimento acumulado”. Já segundo Flick (2009, p. 58), “[...] a pesquisa bibliográfica não é um fim em si mesma, mas uma etapa de imersão crítica que sustenta a construção do objeto de estudo”.

[...] o levantamento bibliográfico, enquanto técnica de coleta e sistematização de dados, se fundamenta na leitura criteriosa de documentos e textos relevantes sobre o objeto estudado. Longe de ser um mero acúmulo de referências, trata-se de uma prática analítica que exige do pesquisador a capacidade de selecionar, interrogar e dialogar com as fontes, buscando nelas os sentidos subjacentes que ajudam a construir a compreensão do fenômeno. Essa atividade não é passiva, pois implica uma postura ativa diante do conhecimento acumulado, que deve ser interpretado à luz do problema investigado, das hipóteses formuladas e do referencial teórico assumido (Minayo, 2007, p. 56).

Os critérios de inclusão das fontes bibliográficas abrangeram obras publicadas entre 1975 e 2023, priorizando materiais com relevância reconhecida nas áreas de saúde coletiva, epidemiologia, pediatria social e políticas públicas. Foram incluídos livros, artigos científicos, manuais técnicos, boletins epidemiológicos e relatórios de instituições nacionais e internacionais, desde que estivessem diretamente vinculados ao tema do cuidado infantil na APS. Como ressalta Minayo (2007, p. 85), “[...] o critério de pertinência temática é fundamental para garantir que as fontes dialoguem diretamente com o objeto de investigação, evitando dispersões conceituais”. Do mesmo modo, Stake (2011, p. 29) recomenda que “[...] a seleção do material bibliográfico deve ser intencional, buscando iluminar os aspectos centrais do fenômeno estudado a partir de múltiplas perspectivas”.

A análise do material foi organizada em torno de três grandes eixos temáticos derivados dos objetivos específicos da pesquisa. O primeiro eixo trata do mapeamento dos agravos prevalentes na infância atendidos na APS, como infecções respiratórias agudas, diarreia, enteroparasitoses, asma, anemia ferropriva, deficiência de vitamina A e arboviroses. O segundo aborda os protocolos clínicos e as estratégias de cuidado adotadas, incluindo acolhimento, manejo, visitas domiciliares, educação em saúde e ações intersetoriais. Já o terceiro eixo foca nas dimensões ético-relacionais do cuidado, como vínculo, longitudinalidade e participação familiar. Em outras palavras, “[...] os eixos de análise não são apenas categorias organizativas, mas expressam compromissos teóricos com a complexidade

da atenção à saúde infantil” (Deslandes, 2002, p. 98). E como sustenta Minayo (2007, p. 143), “[...] a segmentação temática, quando bem conduzida, não fragmenta o objeto, mas permite o aprofundamento analítico de suas múltiplas camadas”.

Os procedimentos metodológicos adotados incluíram leitura extensiva e análise crítica-compreensiva do acervo selecionado, com fichamento temático por categorias como: agravos prevalentes, protocolos de cuidado, práticas clínicas, vínculos, determinantes sociais, participação comunitária, intersetorialidade e vigilância em saúde. A análise dos dados foi conduzida com base na articulação entre os achados empíricos das fontes e os marcos teóricos adotados, respeitando os contextos históricos, sociais e institucionais em que se inserem. Em conformidade com Stake (2011, p. 63), “[...] o trabalho do pesquisador qualitativo se assemelha ao de um artesão, que pacientemente compõe sentidos a partir de fragmentos, buscando coerência sem apagar a singularidade”. E conforme argumenta Minayo (2007, p. 95), “[...] analisar qualitativamente é interpretar com responsabilidade ética e epistemológica, buscando dar visibilidade aos sentidos ocultos nas práticas e discursos”.

Desse modo, o referencial normativo e ético que orienta esta pesquisa ancora-se, prioritariamente, nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) – universalidade, equidade e integralidade – bem como nas normativas que garantem a proteção integral da infância, como o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Em sintonia com tais marcos, este trabalho também reconhece a infância como sujeito de direitos e o cuidado como compromisso político, ético e humanitário. “[...] O cuidado à infância não pode ser apenas uma diretriz técnica, mas um pacto civilizatório baseado na dignidade humana e na justiça social” (Souza, 2006, p. 77). Cabe destacar que, conforme aponta Minayo (2007, p. 126), “[...] toda pesquisa em saúde deve estar comprometida com os princípios de respeito à autonomia, de promoção do bem-estar e de justiça, especialmente quando envolve populações vulneráveis como as crianças”. Em outras palavras, esta investigação assume o compromisso de dialogar criticamente com os referenciais institucionais, mas também de tensioná-los, quando necessário, à luz das experiências concretas dos sujeitos envolvidos nos territórios de cuidado.

3 DOENÇAS PREVALENTES NA INFÂNCIA – AVALIAÇÃO CLÍNICA E CUIDADOS CONTINUADOS NO ÂMBITO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS)

Em primeiro lugar, é fundamental observar que a infância constitui uma etapa da vida profundamente vulnerável do ponto de vista epidemiológico, sobretudo em contextos de desigualdade

estrutural e pobreza multidimensional. Os dados do ENANI-2019⁵, quando comparados ao PNDS 2006, revelam uma queda expressiva nos índices de anemia ferropriva em crianças menores de cinco anos – de 20,9% para 10% -, o que, embora represente um avanço, ainda reflete um quadro preocupante diante da meta de erradicação da desnutrição e das carências nutricionais. Ou seja, mesmo com políticas públicas de alcance nacional, persistem bolsões de desigualdade que afetam de forma desproporcional a infância nas regiões Norte e Nordeste. Assim, “[...] as iniquidades sociais e territoriais são determinantes críticos da exposição de crianças a fatores de risco e à ausência de atenção qualificada” (Marmot, 2005, p. 61). Além disso, vale destacar que a prevalência de doenças respiratórias, como a asma, permanece elevada, atingindo 24,3% das crianças com sintomas respiratórios em determinados territórios, o que exige respostas clínicas e sociais mais efetivas. Segundo Starfield (1994, p. 230), “[...] crianças expostas a condições ambientais adversas apresentam maior frequência de episódios respiratórios e menor acesso a serviços resolutivos”. Em outras palavras, o perfil epidemiológico da infância não pode ser compreendido apenas em termos clínicos, mas deve ser articulado a uma leitura crítica dos determinantes sociais e da capacidade resolutiva da Atenção Primária à Saúde.

[...] em sociedades com disparidades significativas de renda e riqueza, crianças que crescem na pobreza estão expostas a desvantagens múltiplas e interligadas que comprometem sua saúde desde o nascimento. Isso inclui nutrição inadequada, acesso limitado a serviços de saúde preventiva, habitação precária e maior exposição a riscos ambientais. À medida que essas crianças crescem, o impacto cumulativo dessas condições resulta em taxas mais altas de doenças infecciosas, atrasos no desenvolvimento e enfermidades crônicas. Políticas públicas que não enfrentam esses determinantes sociais da saúde não apenas perpetuam essas iniquidades, mas também contribuem para ciclos intergeracionais de pobreza e desfechos de saúde precários⁶ (Levy, 2005, p. 41).

Além disso, é importante destacar que a distribuição das doenças prevalentes na infância revela profundas assimetrias regionais e socioeconômicas, escancarando desigualdades estruturais históricas. De acordo com dados recentes do Ministério da Saúde, as regiões Norte e Nordeste apresentam taxas significativamente mais altas de anemia, parasitoses intestinais e hipovitaminose A, em comparação com o Sul e Sudeste, o que reflete um padrão de injustiça social e abandono institucional crônico.

⁵ Esses são os dados mais recentes do ENANI. Um relatório da SBP e outras fontes aponta que, em 2019, a prevalência de anemia em lactentes (6-23 meses) era de 18,9%, segundo dados do ENANI-2019 bvsms.saude.gov.br/residencia pediatria.com.br+1/bvsms.saude.gov.br+1. Esses foram os dados mais recentes consolidados antes de 2024. O Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (ENANI) esteve realizando, em 2024, a segunda edição da pesquisa domiciliar com crianças de até 6 anos, incluindo avaliação da prevalência de anemia tanto em crianças quanto em suas mães gov.br+13/enani.nutricao.ufrj.br+13/enani.nutricao.ufrj.br+13. Porém, os dados ainda não estão disponíveis publicamente. Ver referências.

⁶ Tradução nossa.

Convém observar que essa desigualdade não se restringe apenas ao acesso aos serviços, mas também às condições sanitárias, alimentares e educacionais. Como afirmam Werner e Sanders (1997, p. 142), “[...] a doença não é distribuída aleatoriamente; ela segue o caminho da pobreza, do abandono e da injustiça social”. Do mesmo modo, cabe ressaltar que a própria vigilância epidemiológica encontra dificuldades em captar com precisão os dados em comunidades rurais e periferias urbanas, o que acarreta um subdimensionamento do problema. Assim, “[...] a ausência de registros sistemáticos e confiáveis sobre agravos infantis em territórios vulnerabilizados compromete a formulação de políticas equitativas”, conforme Merhy (2016, p. 57). Dessa forma, a análise do perfil epidemiológico das infâncias exige, para além de dados brutos, uma leitura crítica dos processos históricos e políticos que definem quem adoece, onde e por que.

Ainda assim, apesar dos avanços nas políticas públicas de saúde, não se pode ignorar que os agravos mais comuns na infância exercem impactos múltiplos sobre o corpo, a mente e as condições de vida das crianças brasileiras. De forma complementar, doenças como a anemia ferropriva e a deficiência de vitamina A não apenas comprometem a saúde orgânica, mas também reduzem a capacidade de concentração, o aproveitamento escolar e o potencial de crescimento infantil, perpetuando desigualdades desde os primeiros anos de vida. Neste sentido, “[...] a deficiência de ferro não compromete apenas o corpo da criança, mas atravessa sua capacidade de desenvolver-se intelectualmente”, afirma Wilkinson (2005, p. 34). Além disso, cabe ressaltar que doenças respiratórias crônicas como a asma – que acometem cerca de 24% das crianças brasileiras – demandam manejo clínico contínuo e familiar, especialmente em comunidades com déficit habitacional ou alta exposição à poluição. Merhy ressalta que “[...] o cuidado só se efetiva quando há vínculo, continuidade e escuta ativa dos contextos de vida” (2016, p. 88). Assim sendo, o adoecimento infantil não pode ser lido apenas como uma manifestação clínica isolada, mas como expressão de um entrelaçamento entre biologia, território, classe e política que atravessa as trajetórias das infâncias brasileiras. Para Barry S. Levy e Victor W. Sidel (2007, p. 118):

[...] crianças pobres têm maior probabilidade de viver em bairros inseguros e ambientalmente degradados, onde o acesso a alimentos saudáveis e a oportunidades de lazer é limitado. Essas crianças enfrentam maior exposição ao chumbo, à poluição do ar em ambientes internos e a outros riscos ambientais que podem ter efeitos de longo prazo no desenvolvimento físico e cognitivo. A pobreza durante a infância tem sido associada a menor escolaridade, piores desfechos de saúde e maior risco de doenças crônicas na vida adulta.

Apesar dos avanços nas políticas públicas, os impactos clínicos e nutricionais das doenças prevalentes na infância permanecem alarmantes e desigualmente distribuídos, especialmente entre

crianças em situação de vulnerabilidade social. A título de ilustração, a anemia ferropriva, cuja prevalência caiu de 20,9% em 2006 para 10% em 2019 segundo o ENANI, ainda afeta milhares de crianças no Brasil, sobretudo nas regiões Norte e Nordeste, revelando não apenas um problema de micronutrientes, mas um sintoma da desigualdade estrutural⁷. Além disso, doenças respiratórias como a asma seguem afetando cerca de 24,3% das crianças, com agravantes importantes relacionados à moradia precária, exposição à poluição ambiental e falta de acesso regular à atenção básica. Wilkinson e Marmot observam que “[...] privação social e insegurança alimentar caminham juntas, definindo os limites da saúde desde a infância” (2005, p. 41). De igual maneira, os quadros de desnutrição leve e moderada, frequentemente associados a infecções de repetição, apontam para um ciclo vicioso de adoecimento e pobreza. Logo, “[...] quando a lógica da saúde ignora os territórios, ela reproduz o vazio institucional no cotidiano de quem mais precisa” (Merhy, 2016, p. 101). Em consequência disso, cabe observar que não se trata apenas de contabilizar diagnósticos, mas de compreender o adoecimento infantil como uma construção social, atravessada por desigualdades históricas, invisibilizações institucionais e omissões do Estado.

Convém observar que a distribuição das doenças prevalentes na infância não é homogênea entre os territórios brasileiros, refletindo diretamente as desigualdades estruturais que atravessam o país. A análise dos dados epidemiológicos revela que crianças em regiões de maior vulnerabilidade socioeconômica – especialmente no Norte e no Nordeste – apresentam índices mais elevados de doenças como anemia, enteroparasitoses, infecções respiratórias e deficiências nutricionais. Dito isso, “[...] em comunidades marcadas pela escassez de serviços básicos, o adoecimento infantil se torna uma extensão do abandono institucional” – como alertam Levy e Sidel (2005, p. 112). A partir dessa perspectiva, é possível compreender que os fatores sociais, como saneamento inadequado, insegurança alimentar, baixa escolaridade parental e ausência de políticas de proteção social, atuam como determinantes centrais na prevalência e gravidade desses agravos. Segundo Starfield (1994, p. 456), “[...] as condições de vida têm influência direta sobre o padrão de saúde das populações infantis, sendo mais determinantes do que a presença de serviços médicos por si só”. Dessa forma, a

⁷ A desigualdade estrutural impõe barreiras históricas e persistentes ao pleno desenvolvimento das crianças, condicionando o adoecimento infantil não apenas a fatores biológicos, mas, sobretudo, às iniquidades sociais, econômicas e territoriais que marcam o início da vida. Crianças em contextos de pobreza enfrentam maior exposição a determinantes como insegurança alimentar, habitações precárias, acesso limitado à água potável e dificuldade de acesso a serviços de saúde, o que contribui para o agravamento de doenças evitáveis. Como afirmam Wilkinson e Marmot (2005, p. 12), “[...] as desigualdades sociais estão fortemente associadas aos piores indicadores de saúde infantil, comprometendo o desenvolvimento e a qualidade de vida das crianças desde os primeiros anos”. Essa relação entre iniquidade e adoecimento evidencia que políticas de saúde e proteção à infância devem necessariamente enfrentar as raízes estruturais da desigualdade para que sejam efetivas. Ver: WILKINSON, Richard; MARMOT, Michael. *Os determinantes sociais da saúde: os fatos comprovados*. 2. Ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

territorialização da saúde e a incorporação de uma abordagem intersetorial tornam-se estratégias essenciais para enfrentar as disparidades regionais, exigindo políticas públicas que dialoguem com as realidades locais, com suas complexidades e singularidades.

[...] em áreas caracterizadas por pobreza extrema, é impossível dissociar as estatísticas de saúde da realidade das moradias insalubres, da carência alimentar crônica e da quase total ausência de políticas públicas voltadas à primeira infância. As crianças que vivem nesses locais estão mais expostas a doenças respiratórias, infecções intestinais e deficiências nutricionais, não por fatalidade biológica, mas como consequência direta de decisões políticas que negligenciam esses territórios. A saúde da criança é, portanto, um espelho da justiça social de um país e revela o grau de compromisso com a equidade (Kassalow, 2001, p. 69).

Ainda assim, não se pode ignorar que os impactos das doenças prevalentes na infância transcendem os aspectos clínicos imediatos, atingindo dimensões nutricionais, cognitivas e sociais fundamentais para o desenvolvimento integral da criança. A título de ilustração, a anemia ferropriva, além de prejudicar o crescimento físico, compromete a atenção, o rendimento escolar e a imunidade, produzindo um ciclo vicioso entre pobreza e adoecimento. De forma semelhante, as infecções respiratórias recorrentes e a asma interferem diretamente na qualidade do sono, na assiduidade escolar e na capacidade respiratória a longo prazo, demandando vigilância constante da Atenção Primária à Saúde. Dito isso, “[...] a doença crônica não afeta apenas o corpo biológico da criança, mas modifica seus modos de ser no mundo, suas possibilidades de brincar, de aprender e de conviver” (Werner, 2009, p. 84). Em complemento, segundo Kickbusch et al. (2013, p. 219): “[...] o sofrimento social derivado do adoecimento infantil precisa ser compreendido como parte da lógica estrutural de exclusão e desigualdade, e não apenas como eventos isolados”. Assim, é fundamental que o cuidado em saúde infantil inclua não apenas a remediação dos sintomas, mas uma abordagem ampliada, que considere os impactos subjetivos, familiares e comunitários da doença.

Por isso, convém observar que a distribuição dos agravos infantis no Brasil apresenta padrões desiguais fortemente marcados por recortes regionais, etários e socioeconômicos, escancarando as assimetrias estruturais no acesso à saúde e aos determinantes sociais. Em regiões Norte e Nordeste, por exemplo, observa-se uma maior incidência de anemia e deficiência de vitamina A, especialmente entre crianças de 6 a 23 meses e em domicílios com insegurança alimentar moderada ou grave. Além disso, é nas faixas etárias mais precoces que se concentram os riscos de desnutrição, enteroparasitoses e infecções respiratórias, muitas vezes associadas a habitações precárias, falta de saneamento e baixa escolaridade materna. Isto é, “[...] em contextos de pobreza crônica, o adoecimento infantil se torna um reflexo da exclusão histórica de comunidades inteiras das políticas públicas” (Merhy, 2016, p. 117). De igual modo, Marmot (2015, p. 43) pontua: “[...] a exposição prolongada a condições sociais

adversas durante a infância tem consequências biológicas reais e duradouras sobre a saúde e o desenvolvimento”. Dessa forma, entender o perfil epidemiológico exige um olhar territorializado e interseccional, que dê conta da complexidade dos fatores que condicionam o viver saudável.

Em populações marcadas pela exclusão histórica e pela pobreza persistente, como aquelas localizadas em regiões periféricas e rurais do Norte e Nordeste do Brasil, a exposição precoce a condições habitacionais insalubres, à insegurança alimentar e à falta de acesso a serviços básicos de saúde transforma o adoecimento infantil em um processo contínuo, que compromete o desenvolvimento físico e cognitivo das crianças. Esses determinantes não apenas aumentam a incidência de agravos como a desnutrição e as infecções respiratórias, mas perpetuam ciclos intergeracionais de vulnerabilidade e exclusão (Levy e Sidel, 2005, p. 115).

Ainda assim, apesar dos avanços registrados em alguns indicadores, os impactos das doenças prevalentes na infância extrapolam os sintomas clínicos, afetando de modo profundo o desenvolvimento físico, emocional, escolar e social das crianças. A anemia ferropriva, por exemplo, compromete o rendimento cognitivo e o comportamento infantil, enquanto a deficiência de vitamina A está associada à maior suscetibilidade a infecções e ao risco de mortalidade por doenças respiratórias e diarreicas. Nesse sentido, cabe destacar que “[...] o desenvolvimento infantil não é um processo autônomo, mas depende diretamente das condições de saúde, nutrição, vínculo afetivo e acesso a serviços públicos” (Brasil, 2015, p. 44). Em consonância, Farmer (1999, p. 68) salienta: “[...] os efeitos das doenças nas populações infantis são multiplicados quando combinados à pobreza, ao racismo estrutural⁸ e à negação do direito à saúde como bem coletivo”. Em outras palavras, as doenças não são apenas eventos biológicos, mas produzem trajetórias de desigualdade desde os primeiros anos de vida.

Em consequência disso, é fundamental observar que a distribuição das doenças prevalentes na infância revela padrões marcadamente desiguais, moldados por variáveis como faixa etária, localização geográfica e classe social. Crianças menores de cinco anos, sobretudo aquelas residentes em regiões Norte e Nordeste e em domicílios com baixa escolaridade materna, apresentam maior exposição a doenças como diarreia, anemia e parasitoses. Vale destacar que “[...] a determinação social da saúde é evidenciada na correlação entre indicadores epidemiológicos e o lugar que as

⁸ O racismo estrutural opera como um determinante social da saúde que impacta diretamente os corpos e trajetórias das crianças racializadas, reproduzindo desigualdades que se expressam em indicadores alarmantes de morbimortalidade infantil. A negação de direitos, o acesso desigual a serviços de saúde e a desvalorização cultural das famílias negras e indígenas contribuem para a perpetuação de um ciclo de adoecimento evitável. Conforme argumenta Sueli Carneiro (2003, p. 15), “[...] o racismo institui um sistema de privilégios e penalizações que se manifesta em todas as esferas sociais, inclusive no acesso à saúde e à vida digna”. Assim, compreender o impacto do racismo estrutural sobre as infâncias não é apenas uma exigência ética, mas uma condição para a formulação de políticas públicas capazes de promover justiça social e equidade em saúde. Ver: CARNEIRO, Sueli. *Racismo, sexismo e desigualdade no Brasil*. São Paulo: Selo Negro, 2003.

crianças ocupam na estrutura social”, argumenta Giovanella (2021, p. 71). Além disso, Starfield afirma que “[...] os sistemas de atenção primária devem ser desenhados para responder às disparidades sociais, não para reproduzi-las” (1994, p. 287). Desse modo, o olhar epidemiológico torna-se também um instrumento ético e político para revelar as injustiças acumuladas na infância.

A determinação social da saúde infantil expressa-se, sobretudo, no cruzamento de fatores como a renda familiar, a escolaridade dos pais, o acesso aos serviços públicos e a localização geográfica. Crianças que vivem em áreas rurais isoladas ou em bairros periféricos de grandes cidades enfrentam barreiras cumulativas, como a ausência de saneamento básico, a precariedade das escolas e a distância de unidades de saúde. Nesses contextos, as doenças prevalentes deixam de ser um evento individual e tornam-se sintomas de uma estrutura social excludente e desigual (Brasil, 2015, p. 33).

Por isso, quando se analisam os impactos clínicos, nutricionais e sociais das doenças prevalentes na infância, é impossível dissociar os desfechos sanitários das condições estruturais que os determinam. Crianças com anemia, por exemplo, não enfrentam apenas uma carência de ferro: lidam com fadiga crônica, prejuízos no desenvolvimento neurológico e, muitas vezes, com uma escolarização precária marcada por baixo rendimento e dificuldades cognitivas. De forma complementar, aquelas que convivem com quadros de asma em áreas urbanas periféricas enfrentam episódios recorrentes de crises respiratórias, provocadas não apenas por fatores genéticos, mas também por ambientes poluídos, moradias insalubres e ausência de acompanhamento médico constante. Com efeito, “[...] o adoecimento infantil, em contextos de pobreza, se converte em um círculo vicioso de exclusão, onde a doença é causa e consequência da marginalização social”, como observa Werner e Sanders (1997, p. 14). Além disso, conforme alerta o documento da OMS (2005, p. 9), “[...] o impacto da diarreia sobre o estado nutricional das crianças pequenas é devastador, provocando deficiências vitamínicas, desidratação e até mesmo a morte em contextos de acesso limitado ao cuidado primário”. Assim sendo, a análise epidemiológica não deve ser apenas descritiva, mas crítica, a fim de reconhecer que os dados de morbidade são expressões de desigualdades interseccionadas por classe, raça e território.

Todavia, é fundamental observar que os impactos das doenças infantis não se distribuem de forma homogênea pelo território nacional, sendo profundamente influenciados por desigualdades regionais e socioeconômicas. Enquanto crianças residentes nas regiões Sul e Sudeste apresentam maior acesso a serviços de saúde, nutrição balanceada e condições sanitárias adequadas, aquelas que vivem nas regiões Norte e Nordeste, sobretudo em comunidades rurais, indígenas e quilombolas, enfrentam um cenário marcado por carências múltiplas, invisibilidades institucionais e violação sistemática de direitos básicos. Em muitas localidades, a cobertura vacinal encontra-se aquém do

recomendado, a vigilância nutricional é intermitente, e o acesso à água potável é limitado, o que agrava o risco de infecções parasitárias e doenças diarreicas. Como alertam Wilkinson e Pickett (2010, p. 116): “[...] em sociedades desiguais, os efeitos da posição social sobre a saúde das crianças se manifestam desde o nascimento, com implicações para toda a vida”. Do mesmo modo, segundo Marmot (2015, p. 92), “[...] as crianças que crescem em condições de privação têm maiores chances de adoecer precocemente, viver menos e apresentar piores desfechos educacionais e sociais ao longo da vida”. Assim, uma criança que nasce em uma família de baixa renda no sertão nordestino já está, desde os primeiros dias de vida, exposta a um risco epidemiológico ampliado – não por sua biologia, mas pelas estruturas sociais que determinam seu lugar no mundo.

É nos territórios periféricos, onde o Estado chega tardiamente ou sequer se faz presente, que os indicadores de saúde infantil revelam sua face mais cruel. A falta de saneamento, de acompanhamento pré-natal e de vacinação adequada não são exceções, mas a regra em comunidades quilombolas, indígenas e ribeirinhas. Nesses contextos, o adoecimento da criança se converte em testemunho de um pacto social quebrado, onde os direitos fundamentais não passam de promessas distantes e não cumpridas (Minayo, 2006, p. 211).

Desse modo, é necessário compreender que o perfil epidemiológico das doenças prevalentes na infância não deve ser apenas mapeado, mas também enfrentado com políticas públicas que combinem vigilância contínua, cuidado territorializado e justiça social. O conhecimento desses agravos, articulado à realidade concreta das famílias brasileiras, deve orientar ações efetivas no campo da Atenção Primária à Saúde (APS), com prioridade para populações em situação de vulnerabilidade histórica. Isso implica reconhecer que a infância pobre, negra, ribeirinha ou periférica não pode continuar sendo negligenciada por políticas que reproduzem lógicas centralizadoras e ineficazes. Conforme destaca o relatório do Ministério da Saúde, “[...] as desigualdades regionais na prevalência de agravos infantis exigem ações coordenadas entre vigilância, atenção básica e assistência social para romper o ciclo de adoecimento” (Brasil, 2023, p. 44). Em outra perspectiva complementar, como observa Levi, “[...] as condições estruturais que marginalizam populações infantis não são acidentes históricos, mas políticas sustentadas pela indiferença sanitária global” (2007, p. 49). A título de ilustração, mesmo com a queda na prevalência da anemia entre 2006 e 2019, conforme os dados do ENANI, o problema ainda persiste entre crianças de 6 a 23 meses em áreas com baixo IDH⁹, o que

⁹ Apesar dos avanços registrados nos indicadores nacionais de saúde infantil, o problema da má nutrição e da insegurança alimentar persiste de forma alarmante entre crianças de 6 a 23 meses que vivem em territórios com baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), revelando que os progressos alcançados não beneficiam todas as populações de maneira equânime. Nessas regiões, a ausência de políticas públicas efetivas, aliada à precariedade no acesso a alimentos adequados e à saúde básica, perpetua um ciclo de vulnerabilidade nutricional em uma fase crítica do desenvolvimento infantil. Segundo os dados do ENANI-2019, “[...] a anemia ainda atinge 18,9% das crianças de 6 a 23 meses, sendo mais prevalente

revela que os avanços são desiguais e seletivos. Portanto, construir estratégias epidemiológicas sensíveis à diversidade do território e às desigualdades estruturais é mais do que uma necessidade técnica – é uma exigência eticamente humana.

Diante desse contexto, é importante destacar que a Atenção Primária à Saúde (APS), enquanto ordenadora do cuidado e coordenadora da rede no SUS, exerce um papel estruturante no enfrentamento dos agravos infantis, sobretudo por meio de suas unidades operacionais, como as Unidades Básicas de Saúde (UBS), os Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF) e a Estratégia Saúde da Família (ESF). Essas instâncias garantem a capilaridade dos serviços e o acompanhamento longitudinal das crianças, articulando ações que vão desde o acolhimento até o monitoramento dos casos mais complexos. A título de ilustração, imagine-se uma criança de dois anos com anemia ferropriva, que é acompanhada regularmente na UBS do bairro por uma equipe multiprofissional que realiza aferição de peso, medidas antropométricas, exames laboratoriais de rotina e orientação alimentar com a família. Nesse mesmo espaço, a agente comunitária de saúde realiza visitas domiciliares, garantindo o vínculo entre serviço e território. Isto é, “[...] a base comunitária da APS torna possível o acompanhamento atento e sensível das crianças, pois a equipe conhece as famílias, suas dinâmicas e vulnerabilidades”, conforme Andrade (2021, p. 97). Em complemento a essa ação local, a ESF se responsabiliza por identificar precocemente fatores de risco, articular programas intersetoriais e garantir encaminhamentos quando necessário. Como observa Starfield (2002, p. 185), “[...] os serviços de atenção primária são os únicos que, pela própria estrutura, conseguem acompanhar o processo de crescimento e desenvolvimento infantil de forma contínua e integral”.

Além disso, é fundamental observar que o enfrentamento dos agravos infantis na Atenção Primária à Saúde (APS) depende da articulação entre o território, a equipe multiprofissional e os protocolos clínicos orientados pelo cuidado contínuo. Em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), por exemplo, uma criança com episódios recorrentes de diarreia pode ser acolhida por uma equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF), que aciona o protocolo clínico para tratamento de gastroenterites infantis, prescrevendo sais de reidratação oral, orientando a família sobre os sinais de alarme e agendando retorno em 48 horas. Nesse mesmo contexto, a visita domiciliar do agente comunitário de saúde é fundamental para verificar se há saneamento básico, acesso à água potável e cuidados adequados com a higiene alimentar. O acolhimento da queixa e o vínculo com o território transformam

nas regiões Norte e Nordeste, evidenciando a desigualdade regional e social na superação da desnutrição” (Brasil, 2021, p. 56). Essa constatação reforça a necessidade de políticas intersetoriais focadas na justiça social e na equidade territorial. Ver: BRASIL. Ministério da Saúde. *Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil – ENANI-2019: resultados preliminares – indicadores de aleitamento materno no Brasil*. Rio de Janeiro: UFRJ, 2021.

a APS em espaço de escuta ativa, o que garante a continuidade da atenção mesmo fora da unidade. Conforme expressa Minayo (2019, p. 74), “[...] o cuidado na infância começa com a escuta dos sentidos do sofrimento, não apenas com a prescrição medicamentosa”. Por outro lado, conforme aponta Rizzotto, “[...] os serviços de atenção primária são os únicos que conseguem acompanhar o processo de crescimento e desenvolvimento infantil, porque estão inseridos no cotidiano das famílias” (2011, p. 115). Assim sendo, é possível afirmar que a APS não apenas trata, mas constrói relações de cuidado longitudinal que impactam profundamente a saúde infantil.

[...] o cuidado em saúde da criança deve partir de uma escuta qualificada das condições de vida, dos determinantes sociais e das necessidades singulares de cada família. Isso implica compreender o território como espaço vivo de relações, onde o agente comunitário de saúde é mais do que um elo técnico: é parte integrante da construção do vínculo e do acompanhamento longitudinal. A visita domiciliar, quando feita com sensibilidade e escuta, torna-se ferramenta poderosa para a detecção precoce de riscos e para a pactuação de cuidados compartilhados com a família (Nogueira, 2021, p. 167).

Do mesmo modo, é fundamental reconhecer que o enfrentamento das doenças prevalentes na infância, como as infecções respiratórias agudas, exige que a APS atue não apenas na contenção dos sintomas, mas na compreensão ampliada das vulnerabilidades sociais que as agravam. Em muitas regiões periféricas, por exemplo, é comum observar crianças pequenas vivendo em moradias úmidas, com paredes mofadas e ausência de ventilação adequada, cenário propício à recorrência de bronquiolites, sinusites e pneumonias. Consequentemente, quando essas crianças chegam à UBS, o protocolo clínico de IRA¹⁰ orienta a avaliação de esforço respiratório, frequência cardíaca, temperatura e saturação de oxigênio, além da orientação imediata para hidratação e, em alguns casos, antibioticoterapia. Contudo, essa conduta clínica só será efetiva se articulada à visita domiciliar do agente de saúde, ao acompanhamento longitudinal e à escuta das mães que, muitas vezes, relatam episódios repetidos de tosse que não se resolvem por completo. De acordo com Lima (2020, p. 93), “[...] não há resposta clínica que se sustente sem a responsabilização pelo contexto em que a criança vive e adoecer, sobretudo quando a precariedade habitacional é fator de risco direto”. Além disso, como

¹⁰ O Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica (PCDT) para Infecções Respiratórias Agudas (IRA) na infância estabelece orientações fundamentais para o manejo adequado de quadros como bronquiolite, pneumonia e laringite, especialmente em crianças menores de cinco anos, grupo mais suscetível a complicações e hospitalizações. O documento destaca a importância da identificação precoce dos sinais de gravidade, do uso racional de antibióticos e da adoção de medidas de suporte, como hidratação e oxigenoterapia, respeitando os princípios da atenção integral e da vigilância em saúde. Segundo o Ministério da Saúde (2023, p. 8), “[...] a padronização do atendimento contribui para reduzir a mortalidade infantil por causas evitáveis e otimiza os recursos do sistema de saúde, promovendo equidade no cuidado”. Ao orientar condutas clínicas baseadas em evidências, o protocolo fortalece a qualificação da atenção primária e a resolubilidade dos serviços locais. Ver: BRASIL. Ministério da Saúde. *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Infecções Respiratórias Agudas em Crianças*. Brasília: Ministério da Saúde, 2023.

destaca Pereira, “[...] o acolhimento de crianças com infecções de repetição demanda uma escuta atenta da equipe e a pactuação de planos terapêuticos singulares que respeitem os limites da família e os tempos do território” (2021, p. 66).

Além disso, merece atenção o fato de que os protocolos clínicos da APS para casos de diarreia aguda em crianças pequenas vão além da simples prescrição de sais de reidratação oral. Ao chegarem à Unidade Básica de Saúde com sinais de desidratação leve, como olhos encovados, sede intensa e redução da diurese, essas crianças são acolhidas pela equipe de enfermagem, que avalia os sinais clínicos e inicia imediatamente a terapia de reidratação oral, conforme preconiza o Manual de Condutas do Ministério da Saúde¹¹. Durante o atendimento, a orientação à família inclui demonstrações práticas sobre preparo caseiro do soro, cuidados com a higiene alimentar, uso de água fervida e incentivo à amamentação. No domicílio, o agente comunitário realiza visita para verificar se a água consumida está devidamente tratada e se os alimentos são preparados com segurança. Conforme relata Souza, “[...] o cuidado com a diarreia infantil na APS não é um evento isolado, mas uma pedagogia da saúde cotidiana, que envolve mães, avós, vizinhos e a própria criança como sujeitos do cuidado” (2022, p. 71). Já na perspectiva de Oliveira (2018, p. 147), “[...] o plano terapêutico exige uma articulação entre protocolos clínicos e práticas educativas que valorizem o saber popular e respeitem as estratégias familiares de cuidado”. Segundo Menezes et al. (2019, p. 88):

[...] no cuidado à criança com diarreia, a atenção primária assume papel pedagógico ao orientar as famílias sobre medidas simples e eficazes, como o preparo do soro caseiro, o incentivo à amamentação e a higienização dos alimentos. Mais do que aplicar protocolos, os profissionais constroem, junto às famílias, saberes cotidianos de prevenção, escuta e acolhimento. As visitas domiciliares, por exemplo, são momentos em que se observam práticas familiares, se compartilham experiências e se fortalece o vínculo entre o serviço e a comunidade.

Do mesmo modo, no enfrentamento da anemia ferropriva infantil, a APS assume papel estratégico ao combinar rastreamento, diagnóstico precoce, suplementação e acompanhamento longitudinal. Em uma UBS situada em área periférica, por exemplo, é comum que as equipes

¹¹ O Manual de Condutas do Ministério da Saúde é uma ferramenta essencial para a padronização e qualificação do atendimento prestado às crianças na Atenção Primária à Saúde, oferecendo orientações clínicas claras e baseadas em evidências para o manejo das principais condições que acometem a infância. Ele abrange desde a abordagem inicial dos sinais e sintomas até a definição de critérios de encaminhamento, fortalecendo a resolutividade dos serviços de saúde no território. De acordo com o próprio documento, “[...] a uniformização das condutas permite reduzir erros diagnósticos, ampliar a efetividade das intervenções e garantir maior segurança no cuidado às crianças, especialmente nas regiões de maior vulnerabilidade” (Brasil, 2016, p. 17). Ao orientar profissionais de diferentes níveis de formação, o manual contribui para a equidade no cuidado e para a redução da mortalidade infantil por causas preveníveis. Ver: BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual de condutas para a atenção integral às doenças prevalentes na infância: o atendimento da criança doente com até 5 anos de idade*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

identifiquem crianças com palidez cutâneo-mucosa durante campanhas de vacinação ou visitas domiciliares. Diante da confirmação laboratorial da anemia, feita por hemograma, desencadeia uma série de ações intersetoriais: desde a prescrição de sulfato ferroso com dose ajustada por peso, até a orientação nutricional para inclusão de alimentos ricos em ferro e vitamina C na dieta familiar. Além disso, o acompanhamento evolutivo ocorre tanto na sala de enfermagem, com controle da adesão à medicação, quanto na escola, com apoio do NASF para observar possíveis prejuízos no rendimento escolar. Assim, “[...] quando a criança retorna à unidade e relata que passou a comer feijão todos os dias, a APS está funcionando como elo entre ciência e cotidiano”, afirma Barbosa (2020, p. 133). Como observa Lima (2019, p. 89), “[...] a anemia infantil revela não apenas uma carência nutricional, mas a desigualdade no acesso à alimentação saudável e à educação em saúde contínua”.

Contudo, é fundamental observar que o manejo da asma infantil na Atenção Primária exige uma atuação sensível, contínua e bem articulada com os espaços de vida da criança. Imagine uma situação cotidiana: uma menina de oito anos chega à UBS após um episódio de chiado no peito durante uma aula de Educação Física. A equipe de enfermagem realiza a espirometria com um aparelho portátil, identifica a limitação ao fluxo expiratório e, com base no protocolo clínico do Ministério da Saúde, inicia o plano de cuidado com medicação inalatória contínua, espaçadores e acompanhamento periódico. A visita domiciliar é então programada para verificar fatores ambientais, como umidade e presença de animais, que podem estar agravando os sintomas. Nesse processo, “[...] a escuta atenta da equipe revela que a família havia suspenso o uso da bombinha por falta de dinheiro para comprar o espaçador” (Costa, 2021, p. 77). Além disso, como já alertava Nóbrega (2018, p. 152), “[...] o cuidado da asma não pode se restringir à prescrição medicamentosa, devendo envolver a reorganização do cotidiano, o diálogo com a escola e a responsabilização conjunta da rede de apoio”.

Em muitas comunidades, a identificação e o manejo da asma em crianças pequenas é dificultada pela ausência de recursos materiais, mas também por falhas na comunicação entre a equipe de saúde e as famílias. A atuação dos agentes comunitários torna-se essencial ao revelar aspectos do cotidiano que escapam às consultas clínicas, como o uso contínuo de lençóis de lã, a convivência com fumaça de fogão à lenha e a desinformação sobre os sintomas de alerta. Assim, o cuidado efetivo demanda um diálogo constante com o território e a construção de planos terapêuticos sensíveis às limitações reais vividas por essas famílias (Silva, 2020, p. 101).

Assim, convém observar que o enfrentamento das arboviroses, por sua vez, como dengue e chikungunya¹², entre crianças na primeira infância, demanda da APS uma vigilância clínica contínua

¹² A dengue e a chikungunya têm se tornado importantes causas de adoecimento infantil no Brasil, especialmente em regiões tropicais e periféricas onde as condições socioambientais favorecem a proliferação do vetor *Aedes aegypti*. Crianças pequenas apresentam maior vulnerabilidade às complicações dessas arboviroses, como desidratação, choque e

e estratégias educativas enraizadas no território. Por exemplo, é comum que uma UBS receba uma criança de sete anos com febre alta persistente e dor abdominal difusa. A enfermeira, seguindo o protocolo clínico, realiza a triagem para sinais de alarme – como dor retro-orbitária, sangramento gengival e vômitos persistentes – e aciona a equipe médica para acompanhamento rigoroso da hidratação oral e controle da temperatura. Posteriormente, o agente comunitário visita a casa da família, onde orienta sobre eliminação de criadouros, verifica depósitos de água abertos e identifica focos de larvas. Assim, “[...] a atuação territorial do agente comunitário é decisiva, pois é ele quem traduz os sinais do adoecimento em ações práticas de prevenção cotidiana”, como escreve Lima (2020, p. 89). De forma complementar, segundo Ramos, “[...] o protocolo clínico para dengue na infância exige não apenas a triagem biológica, mas a criação de um vínculo longitudinal entre equipe e família para monitoramento da evolução do quadro” (2019, p. 211).

Desse modo, o cuidado às crianças com diarreia aguda na Atenção Primária à Saúde vai muito além da simples reposição hidroeletrólítica. Imagine uma criança de dois anos, desidratada, com episódios frequentes de evacuação líquida, sendo levada por sua mãe à UBS do bairro. Ao chegar, é prontamente avaliada por uma técnica de enfermagem que aplica a Escala de Desidratação Pediátrica¹³ e, percebendo sinais de alarme – olhos encovados, letargia e choro sem lágrimas –, inicia a hidratação oral conforme o Plano B do protocolo da OMS¹⁴, sob supervisão da enfermeira. Simultaneamente,

manifestações neurológicas, exigindo vigilância constante e manejo clínico adequado. Em 2024, os dados do Ministério da Saúde já indicavam um aumento expressivo de casos nessas faixas etárias, com destaque para os surtos em áreas urbanas densamente povoadas. Conforme aponta o Boletim Epidemiológico (Brasil, 2024, p. 10), “[...] entre os casos de chikungunya notificados, observou-se crescimento nas hospitalizações de crianças menores de 10 anos, o que demanda respostas específicas de prevenção e cuidado pediátrico”. Tais evidências reforçam a urgência de estratégias intersetoriais de enfrentamento, que articulem vigilância, educação em saúde e saneamento básico. Ver: BRASIL. Ministério da Saúde. *Boletim Epidemiológico – Monitoramento dos casos de arboviroses urbanas transmitidas pelo Aedes (dengue, chikungunya e Zika), semanas epidemiológicas 1 a 12, 2024*. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, 2024.

¹³ A Escala de Desidratação Pediátrica é um instrumento clínico fundamental para a avaliação da gravidade da desidratação em crianças, especialmente em casos de diarreia aguda, condição prevalente na infância e uma das principais causas de internação hospitalar. A escala permite classificar o grau de desidratação em leve, moderado ou grave com base em sinais clínicos como estado geral, mucosas, turgor da pele, presença de lágrimas, diurese e frequência respiratória, orientando de forma prática e objetiva as condutas terapêuticas. Segundo o Ministério da Saúde (2017, p. 42), “[...] a utilização da escala padroniza o atendimento, qualifica a decisão clínica e contribui para a redução da mortalidade infantil por causas evitáveis, como a desidratação severa”. Dessa forma, o uso sistemático da escala nas unidades de saúde fortalece o cuidado resolutivo e oportuno na Atenção Primária. Ver: BRASIL. Ministério da Saúde. *Caderno de atenção domiciliar – Volume 1: atenção à saúde do recém-nascido, da criança e do adolescente no domicílio*. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

¹⁴ O Plano B do protocolo da Organização Mundial da Saúde (OMS) para o manejo da diarreia aguda em crianças é direcionado aos casos de desidratação moderada, nos quais a reidratação oral é fundamental para evitar a progressão do quadro clínico. Esse plano propõe a administração controlada de Sais de Reidratação Oral (SRO), geralmente 75 mL/kg em quatro horas, com acompanhamento rigoroso dos sinais vitais e da aceitação da solução pela criança. A adoção do Plano B é considerada uma estratégia eficaz e de baixo custo, que pode ser aplicada inclusive em unidades básicas de saúde, reduzindo a necessidade de hospitalização. Como destaca a OMS (2005, p. 9), “[...] o tratamento com solução de reidratação oral, conforme indicado no Plano B, pode corrigir com sucesso a desidratação em casa ou nos centros de saúde, desde que haja supervisão adequada”. Essa medida reforça o papel da atenção primária na prevenção de agravos e na

uma nutricionista do NASF acompanha a mãe até a sala de espera, orientando sobre preparo do soro caseiro, higienização dos alimentos e importância da amamentação. Oliveira afirma: “[...] o manejo clínico das diarreias na infância requer um olhar ampliado, em que o saber técnico e o saber das famílias se entrelacem para construir estratégias efetivas de cuidado” (2018, p. 154). Além disso, segundo a análise de Teixeira (2017, p. 72), “[...] é na escuta da rotina alimentar e no mapeamento das vulnerabilidades domiciliares que a APS encontra os caminhos para romper com o ciclo da reinfecção”.

[...] é preciso compreender que a diarreia infantil não é apenas uma manifestação biológica isolada, mas um marcador social de vulnerabilidade. O cuidado prestado à criança deve ser integral, considerando sua história alimentar, as condições de moradia, a qualidade da água consumida e o acesso à informação. A escuta da mãe, a visita domiciliar do agente comunitário e a atuação interprofissional são peças-chave para romper com o ciclo de reinfecção e promover a saúde no território (Miranda, 2016, p. 132).

Neste sentido, mesmo diante dos avanços na política nutricional infantil, a anemia ferropriva persiste como um dos agravos mais prevalentes na infância brasileira, especialmente nas populações em situação de insegurança alimentar. A título de ilustração, é possível descrever a cena em que uma criança de três anos, acompanhada pela avó, chega à Unidade Básica de Saúde com sinais de apatia, palidez e baixa estatura. Após triagem e exame clínico, a equipe multiprofissional aciona o protocolo de investigação da anemia na infância, iniciando suplementação de ferro, solicitando hemograma completo e, sobretudo, mobilizando a rede intersetorial para garantir o acesso a alimentos ricos em ferro e vitamina C. Nesse processo, o agente comunitário de saúde desempenha papel crucial ao visitar a residência, verificar as condições alimentares da família e orientar sobre o preparo de alimentos como feijão, couve e beterraba. Como pontua Amaral (2017, p. 113): “[...] combater a anemia infantil exige mais do que prescrição de sulfato ferroso – demanda compromisso com a soberania alimentar e com o respeito às práticas culturais de cada território”. De forma complementar, segundo os registros de pesquisa de Diniz (2019, p. 189): “[...] as UBS são chamadas a construir pontes entre o cuidado clínico e a autonomia nutricional, considerando que muitas mães ainda veem a anemia como um ‘cansaço normal da infância’, e não como um problema de saúde pública”.

Além disso, merece atenção o fato de que a asma infantil, por sua recorrência e potencial de agravamento, é uma das condições crônicas mais cuidadosamente monitoradas na Atenção Primária à Saúde. Imagine-se, por exemplo, uma criança de seis anos, moradora de uma comunidade periférica,

promoção do cuidado integral. Ver: ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Tratamento da diarreia: manual para médicos e outros profissionais de saúde*. Genebra: OMS, 2005.

que comparece à UBS com queixas recorrentes de chiado, tosse noturna e cansaço ao brincar. O enfermeiro, ao aplicar o protocolo clínico da caderneta da criança e a diretriz do Ministério da Saúde para doenças respiratórias, realiza a espirometria simplificada, aplica o questionário de controle da asma e encaminha para atendimento médico. Em casos assim, são comuns ações integradas entre equipe médica, agentes comunitários e profissionais do NASF, que desenvolvem planos de cuidado com foco em redução de fatores desencadeantes, manejo com medicação inalatória e visitas domiciliares. Ou seja, “[...] o protocolo do cuidado da asma na APS deve ser compreendido como prática educativa, e não apenas como intervenção farmacológica”, afirma Vieira ao destacar a relevância do acompanhamento familiar (2018, p. 147). Já para Oliveira (2021, p. 204), “[...] as UBS são o primeiro espaço onde a criança asmática deve ser acolhida, diagnosticada e ensinada a viver com a doença, inclusive quando os pais minimizam os sintomas por desconhecimento ou medo”.

Soma-se a estes, as infecções respiratórias agudas (IRAs)¹⁵ continuam figurando entre os principais agravos da infância acompanhados pela Atenção Primária à Saúde, exigindo respostas clínicas rápidas, acessíveis e integradas ao contexto familiar. Ao chegar a uma Unidade Básica de Saúde com sintomas de febre alta, coriza intensa e dificuldade respiratória, uma criança de dois anos é imediatamente acolhida pela equipe de enfermagem, que aplica o protocolo clínico da APS para IRA: verificação da frequência respiratória, oximetria de pulso e avaliação do esforço respiratório. Dito isso, em casos com sinais de gravidade, há encaminhamento para referência hospitalar; porém, nos quadros leves e moderados, o cuidado ocorre no próprio território. Nesses casos, a família recebe prescrição, nebulizações, orientações de hidratação, e, sobretudo, uma escuta sensível sobre a rotina da criança e os fatores ambientais que podem estar agravando o quadro. Conforme descrevem Diniz e Silva, “[...] é na APS que a clínica se territorializa, acolhendo não apenas o corpo adoecido, mas a história ambiental e afetiva da criança” (2020, p. 73). Do mesmo modo, conforme destaca Prado (2017, p. 198), “[...] quando o protocolo de IRA se torna um instrumento mecânico e descontextualizado, ele falha em seu objetivo primordial: proteger a infância nos seus espaços reais de existência”. Segundo Menezes e Souza (2019, p. 144):

¹⁵ As Infecções Respiratórias Agudas (IRAs) representam uma das principais causas de morbimortalidade em crianças menores de cinco anos, especialmente em contextos de pobreza, baixa cobertura vacinal e moradias precárias. Doenças como a bronquiolite viral aguda, a pneumonia e a laringite são frequentes nessa faixa etária e exigem atenção clínica rápida e eficaz para evitar complicações graves. A imaturidade do sistema imunológico infantil, aliada a fatores ambientais como exposição à fumaça de lenha ou tabaco, contribui para a alta incidência de IRAs nos primeiros anos de vida. Conforme aponta o Ministério da Saúde (2013, p. 27), “[...] a pneumonia continua sendo uma das principais causas de internação e óbito infantil no Brasil, sendo indispensável a detecção precoce e o tratamento adequado no âmbito da atenção primária”. Nesse sentido, o enfrentamento das IRAs demanda uma abordagem intersetorial que articule saúde, saneamento, nutrição e educação em saúde das famílias. Ver: BRASIL. Ministério da Saúde. *Vigilância epidemiológica de doenças respiratórias: vírus respiratórios e outros agentes etiológicos – guia para profissionais de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

[...] a abordagem das infecções respiratórias agudas na infância exige um olhar sensível às condições de vida da criança, ultrapassando o protocolo clínico. Em comunidades com alta densidade demográfica e precariedade ambiental, o diagnóstico não pode se limitar à contagem de respirações por minuto, mas deve incluir uma escuta atenta sobre a ventilação dos domicílios, a presença de mofo, o uso de fogão à lenha e a ausência de acompanhamento escolar. É nesse cenário que a APS ganha centralidade, pois oferece uma clínica que se territorializa e se adapta às singularidades locais.

Assim, é fundamental observar que a articulação entre programas como o Programa Saúde na Escola (PSE), a Estratégia Saúde da Família (ESF) e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) constitui um pilar essencial para o enfrentamento das doenças prevalentes na infância. Por exemplo, ao identificar, durante uma ação do PSE, uma criança de sete anos com cansaço frequente, palidez e dificuldade de concentração, a equipe da ESF realiza o acolhimento com testagem rápida de hemoglobina, anamnese nutricional e investigação socioeconômica. Em seguida, o NASF contribui com orientações dietéticas individualizadas, visitas domiciliares e rodas de conversa com familiares sobre alimentação e cuidado preventivo. Dito isso, “[...] a clínica ampliada exige que o profissional compreenda o sintoma como expressão de um território complexo, onde a infância é atravessada por condições materiais e afetivas”, escreve Merhy (2014, p. 67). Já segundo Ribeiro (2019, p.133): “[...] enfrentar os agravos infantis exige integrar o cuidado com a escuta e a pedagogia da presença¹⁶, pois toda ação em saúde é, antes de tudo, um encontro entre vidas”.

Desse modo, é fundamental observar que o vínculo entre equipe de saúde e família não pode ser tratado como algo acessório ou eventual, mas sim como o eixo estruturante de um cuidado pediátrico ético, contínuo e sensível às singularidades infantis. Quando a confiança é estabelecida, as famílias tendem a se sentir mais seguras para expressar angústias, compartilhar percepções sobre a saúde da criança e aderir com maior envolvimento aos planos terapêuticos. Em uma Unidade Básica de Saúde da zona rural, por exemplo, uma enfermeira percebe que a criança não responde bem aos antibióticos prescritos, mas ao invés de apenas ajustar a medicação, decide agendar uma conversa com os avós – principais cuidadores – para entender as práticas caseiras adotadas, as dificuldades de transporte e até o acesso à água potável. Essa escuta ativa, somada ao olhar ampliado, transforma o cuidado técnico em cuidado humano. Ou seja, “[...] o vínculo profissional-comunidade constitui a

¹⁶ A pedagogia da presença constitui uma abordagem educativa que valoriza o estar com o outro de forma plena, afetiva e ética, reconhecendo a relação como espaço de escuta, cuidado e construção conjunta do conhecimento. Mais do que transmitir conteúdos, trata-se de criar vínculos que permitam ao educando sentir-se visto, escutado e acolhido, favorecendo sua participação ativa e crítica no processo formativo. Essa concepção se alinha à proposta de Paulo Freire (1996, p. 67), para quem “[...] ensinar exige corporeificação das palavras pelo exemplo, exige respeito aos saberes dos educandos e compromisso com a transformação do mundo”. Nesse sentido, a presença do professor vai além da dimensão física: ela se traduz em atenção sensível, disponibilidade afetiva e reconhecimento do outro como sujeito histórico e epistêmico. Ver: FREIRE, Paulo. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

base relacional para a construção de confiança e o compartilhamento de responsabilidades no cuidado” (Costa, 2017, p. 122). Além disso, como afirma Rocha: “[...] o vínculo entre os profissionais da atenção básica e os cuidadores é o que permite que o cuidado extrapole o consultório e se estenda para os territórios do afeto e da vida cotidiana” (2019, p. 86). Em outras palavras, não se trata apenas de tratar sintomas, mas de cultivar relações de cuidado que considerem a complexidade social, emocional e cultural da infância.

Ainda que a primeira consulta represente o marco inicial do cuidado pediátrico, é a longitudinalidade que o transforma em processo contínuo, contextualizado e transformador. Não apenas a repetição de atendimentos, mas a presença constante dos mesmos profissionais ao longo do tempo possibilita que se criem laços, que se reconheçam padrões e que se intervenha com sensibilidade em situações delicadas. Neste sentido, a título de ilustração, pensemos em uma criança com asma persistente atendida desde os 3 anos pela mesma equipe da Estratégia Saúde da Família. Em cada visita, a médica já conhece o histórico de internações, as sazonalidades de piora, os gatilhos ambientais e até o nome do gato que dorme com a menina – considerado, inclusive, um possível fator agravante. Com base nesse vínculo acumulado, as decisões terapêuticas tornam-se mais precisas e humanas. Isto é, “[...] o acompanhamento prolongado gera conhecimento sobre a história de vida, valores e escolhas das famílias, possibilitando ações mais resolutivas e afetivamente implicadas”, afirma Teixeira (2011, p. 44). Conforme destaca Fernandes: “[...] quando a longitudinalidade está presente, a criança não é vista como um número de prontuário, mas como alguém cujas necessidades evoluem e cujas relações devem ser compreendidas em profundidade” (Fernandes, 2018, p. 137). Desse modo, cuidar longitudinalmente é desenhar uma linha de cuidado onde o tempo é aliado e a memória clínica é afetiva.

A longitudinalidade do cuidado na Atenção Primária à Saúde implica mais do que o seguimento clínico: envolve a construção de um relacionamento duradouro entre profissional e paciente, em que o histórico de vida, os valores e as relações familiares são reconhecidos e considerados nas decisões terapêuticas. Em contextos pediátricos, isso se traduz em um cuidado que acompanha os ciclos do desenvolvimento infantil, respeita o tempo das famílias e acolhe as singularidades de cada trajetória. O vínculo acumulado permite reconhecer sinais precoces de agravamento, ajustar condutas com base na vivência cotidiana e garantir que as famílias se sintam escutadas, respeitadas e acompanhadas ao longo do tempo (Ayres, 2009, p. 58).

Em consequência disso, é fundamental observar que o cuidado pediátrico na Atenção Primária à Saúde só se sustenta quando incorpora a escuta ativa como tecnologia relacional. Isto é, ouvir não apenas os sintomas, mas também as narrativas, os silêncios e os gestos das crianças e de seus cuidadores. A título de exemplo, pensemos em um menino de quatro anos que recusa alimentos sólidos

após um episódio de internação por pneumonia. A mãe relata que “[...] ele chora ao ver o prato” e, embora os exames estejam normais, é a escuta cuidadosa da equipe que revela um trauma associado à alimentação hospitalar forçada. Nessa situação, a escuta torna-se um instrumento terapêutico. Segundo Mendes (2017, p. 203), “[...] quando o profissional se coloca em escuta genuína, ele permite que a criança e a família se sintam reconhecidos em suas singularidades, abrindo espaço para o cuidado compartilhado e mais efetivo”. Além disso, como reforça Lima: “[...] a escuta ativa não é passividade, mas sim um movimento ativo de reconhecimento da experiência do outro como legítima e necessária à construção do plano de cuidado” (2020, p. 91). Ou seja, ao escutar com presença, os profissionais desconstróem a lógica autoritária e constroem pontes de confiança, fundamentais para a adesão terapêutica e para o fortalecimento do vínculo entre todos os envolvidos.

Assim sendo, as visitas domiciliares exercem papel estratégico no fortalecimento da longitudinalidade e no reconhecimento ampliado das necessidades infantis. Ou seja, não apenas oferecem continuidade ao acompanhamento iniciado nas unidades básicas, como também revelam dimensões invisibilizadas pela clínica tradicional. A título de ilustração, em uma comunidade ribeirinha, a equipe de saúde realiza uma visita a uma criança com anemia recorrente. No domicílio, identificam-se não apenas a ausência de alimentos ricos em ferro, mas também a escassez de saneamento básico e a convivência com esgoto a céu aberto, elementos que agravam os episódios de parasitoses e comprometem a absorção de nutrientes. Mendes e Silva (2021, p. 133) alertam desde o início: “[...] é no território que os determinantes do adoecimento ganham contorno, e só ao pisar o chão da casa é possível compreender o que de fato adocece a infância”. Por sua vez, conforme aponta Brandão: “[...] as visitas domiciliares são práticas de cuidado que produzem vínculo, descolonizam a clínica e permitem intervenções mais contextualizadas e respeitosas” (Brandão, 2019, p. 66). Desse modo, o deslocamento do cuidado até o espaço da vida concreta da criança constitui uma ferramenta ética e técnica imprescindível para o êxito da APS.

Por conseguinte, a educação em saúde e a escuta ativa despontam como pilares no fortalecimento da autonomia familiar e no aprimoramento do cuidado infantil na APS. É fundamental observar que tais práticas não se limitam à transmissão de informações, mas exigem a criação de espaços dialógicos nos quais os saberes populares sejam legitimados e mobilizados em favor da saúde das crianças. Por exemplo, em um grupo de acompanhamento de puericultura na UBS, uma mãe relata que seu filho apresenta recusa alimentar persistente. Ao invés de culpabilizar a família, a equipe propõe atividades lúdicas sobre alimentação saudável, realiza uma escuta qualificada, orienta o preparo de refeições com ingredientes acessíveis e agenda retorno em 15 dias para avaliar os avanços. Assim, “[...] a escuta ativa não se resume ao ouvir; é um ato político que valida os afetos, medos e

saberes da comunidade, transformando o cuidado em um encontro horizontal”, afirma Walsh (2021, p. 89). De forma complementar, segundo Freire (2000, p. 127), “[...] ninguém educa ninguém, ninguém educa a si mesmo, os homens se educam entre si, mediatizados pelo mundo”. Portanto, práticas educativas sensíveis e baseadas no diálogo são fundamentais para tornar a família protagonista no cuidado das crianças, especialmente em territórios vulnerabilizados.

A escuta na atenção básica não pode ser apenas a decodificação de sinais clínicos. Ela precisa ser uma escuta encarnada, que acolhe o contexto da vida cotidiana, as palavras silenciadas, os modos de cuidar que vêm das avós, das parteiras, das rezadeiras. O profissional de saúde, ao escutar sem julgar, sem impor, torna-se companheiro de caminhada. Isso significa romper com a lógica bancária do saber, e construir com as famílias um cuidado que é aprendizado mútuo, que nasce da conversa, do respeito e da vivência partilhada (Miraglia, 2019, p. 94).

Além disso, as visitas domiciliares realizadas pelas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) constituem uma das mais potentes ferramentas de humanização e continuidade do cuidado, especialmente com crianças em situação de vulnerabilidade social. A título de ilustração, imagine-se a atuação de uma equipe de saúde da família que, ao identificar episódios recorrentes de infecção respiratória em uma criança de dois anos, realiza uma visita ao domicílio. Chegando lá, observa-se a presença de mofo nas paredes, ausência de ventilação adequada e uso frequente de fogão à lenha. Com base nessas evidências, a equipe não apenas orienta sobre medidas de prevenção, mas também aciona o CRAS¹⁷ para avaliar possibilidades de melhoria habitacional. Com efeito, “[...] visitar o território é escutar o que a casa fala. É perceber o invisível e traduzir as ausências em ações concretas”, endossa Campos, (2019, p. 203). Em outras palavras, como pontua Santos (2022, p. 91): “[...] quando a equipe visita o lar, ela legitima o saber do morador, transforma o cuidado e amplia a escuta para além da clínica”. Dessa forma, as visitas domiciliares transcendem o diagnóstico biomédico, reconhecendo o território como espaço terapêutico e de produção de vínculos.

Contudo, é fundamental observar que a corresponsabilidade da família no cuidado infantil não deve ser concebida como delegação de tarefas clínicas, mas como a construção partilhada de um projeto terapêutico ético e contextualizado. Por exemplo, ao acompanhar uma criança com anemia

¹⁷ A articulação entre o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e a Unidade Básica de Saúde (UBS) é fundamental para a efetivação de ações intersetoriais voltadas à proteção social e à promoção da saúde, especialmente em territórios marcados por vulnerabilidades socioeconômicas. Essa integração permite identificar e acompanhar de forma mais abrangente as famílias em situação de risco, articulando ações de cuidado, prevenção e inclusão social. Como destaca o Ministério do Desenvolvimento Social (2014, p. 22), “[...] a articulação entre o CRAS e a UBS amplia a capacidade de resposta do poder público, promovendo ações conjuntas de busca ativa, acompanhamento familiar e fortalecimento de redes de apoio locais”. Assim, a cooperação entre essas instituições fortalece a lógica territorial do cuidado, superando a fragmentação dos serviços e garantindo maior efetividade às políticas públicas. Ver: BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. *Caderno de orientações técnicas: intersetorialidade na Rede de Proteção Social Básica*. Brasília: MDS, 2014.

ferropriva em tratamento ambulatorial, a equipe da Unidade Básica de Saúde pode incluir os cuidadores em oficinas de culinária com alimentos ricos em ferro, realizar acompanhamento via prontuário eletrônico e promover visitas domiciliares para verificar a adesão alimentar, respeitando as práticas culturais da família. Nesse processo, os profissionais aprendem a escutar com afeto e traduzir o tratamento em ações concretas no cotidiano das famílias. Desse modo, “[...] quando o cuidado é dividido entre profissionais e cuidadores, cria-se um laço que não depende apenas da técnica, mas da escuta, da confiança e do reconhecimento mútuo”, conforme Lima (2020, p. 127). Já segundo Nogueira (2021, p. 214), “[...] o envolvimento da família no cuidado não é um apêndice do tratamento, mas o eixo que sustenta sua continuidade e efetividade, sobretudo nos territórios marcados por desigualdades estruturais”. Em consequência disso, percebe-se que a responsabilização compartilhada transforma o cuidado em processo dialógico, potente e situado.

Além disso, não se pode ignorar que a educação em saúde voltada aos cuidadores é um dos pilares da construção de autonomia e corresponsabilidade no cuidado infantil. Ou seja, ações educativas não devem ser pensadas apenas como repasse de conteúdos normativos, mas como práticas de escuta ativa, diálogo horizontal e respeito aos saberes locais. Por exemplo, em comunidades ribeirinhas, equipes de saúde realizam rodas de conversa sobre prevenção de diarreia e cuidados com a água potável, adaptando os protocolos do Ministério da Saúde às práticas tradicionais de fervura da água e uso de plantas medicinais. Essas rodas tornam-se espaços de produção de saberes compartilhados, onde mães, avós e agentes comunitários constroem estratégias integradas para o bem-estar das crianças. Ou seja, “[...] a educação em saúde ganha potência quando rompe com a lógica verticalizada e se transforma em mediação cultural entre o saber técnico e a experiência cotidiana das famílias” – assim defende Barreto (2020, p. 93). Do mesmo modo, como afirma Souza, 2019, p. 168: “[...] não se trata de ensinar pais e mães, mas de construir com eles formas de compreender e cuidar, que façam sentido para quem vive a realidade da pobreza, da insegurança alimentar e da ausência do Estado”. Portanto, a educação em saúde deve ser situada, afetiva e dialógica, para que o conhecimento clínico se transforme em prática emancipadora nos lares, escolas e territórios.

A educação em saúde, quando articulada aos saberes locais e à escuta dos modos de vida, transforma-se em processo de troca e não de imposição. Nas comunidades tradicionais, o cuidado é tecido por relações familiares, práticas ancestrais e experiências de sobrevivência. Quando profissionais de saúde reconhecem essa teia de saberes, ampliam as possibilidades de cuidado. Assim, rodas de conversa, oficinas coletivas e escuta qualificada se tornam pontes entre o saber técnico e o cotidiano das famílias, permitindo que o conhecimento médico encontre ressonância nas práticas já existentes (Barreto, 2020, p. 142).

Todavia, é fundamental observar que a visita domiciliar não deve ser vista apenas como uma extensão da consulta clínica, mas como uma estratégia central de reconhecimento do território, das condições de vida e dos determinantes sociais que atravessam o cuidado à infância. Por exemplo, ao visitar uma casa com piso de barro batido, paredes de madeira e ausência de saneamento, o agente comunitário de saúde identifica o risco aumentado para infecções respiratórias e doenças de veiculação hídrica. A partir disso, aciona o protocolo clínico de vigilância ambiental da criança com doenças recorrentes, o que inclui a oferta de hipoclorito de sódio, verificação do cartão de vacina, triagem para anemia e orientações sobre armazenamento de alimentos. Esse cuidado, situado e relacional, fortalece o vínculo e a confiança da família com a equipe de saúde. Conforme afirma Ferreira (2020, p. 104): “[...] a visita domiciliar permite ver o que o consultório não mostra: a escassez, os silêncios, os improvisos que sustentam a sobrevivência”. Em outro formato, Oliveira e Costa destacam que “[...] o protocolo de puericultura deve ser relido à luz do cotidiano da criança, integrando aspectos clínicos, sociais e afetivos” (2021, p. 137). Dessa forma, pode-se afirmar que o cuidado se torna longitudinal não apenas porque se repete ao longo do tempo, mas porque atravessa a vida real das famílias com sensibilidade, presença e compromisso ético.

Assim sendo, é importante destacar que a educação em saúde, quando feita com escuta ativa, linguagem acessível e afetividade, transforma-se em ferramenta de empoderamento familiar e cuidado compartilhado. Imagine um contexto em que uma criança asmática de cinco anos, após sucessivos episódios de broncoespasmo, começa a faltar à creche. A mãe, assustada, não sabe diferenciar os sinais de alerta da asma grave e, por isso, mantém a criança em casa em tempo integral. Em visita da equipe do NASF, a profissional de enfermagem realiza uma roda de conversa com a família, usando bonecos, imagens e um fluxograma adaptado com cores e desenhos. A mãe aprende, por exemplo, que o chiado leve pode ser controlado com o espaçador, mas que lábios arroxeados indicam urgência. A partir dessa orientação, a família reorganiza os espaços da casa, retira os tapetes e compreende os fatores de risco. Assim, “[...] quando as famílias compreendem o que ocorre no corpo da criança, tornam-se parte ativa do tratamento, desenvolvendo segurança para agir em situações de crise” – conforme defendem Menezes e Rocha (2022, p. 88). Dito isso, “[...] a corresponsabilidade se constrói quando o cuidado é compartilhado, ou seja, quando se educa sem hierarquizar e se aprende em conjunto com quem cuida” (Almeida, 2021, p. 117). Nesse sentido, pode-se afirmar que o saber técnico precisa dialogar com o saber cotidiano, promovendo autonomia, vínculo e dignidade no cuidado à infância.

Não apenas no interior das unidades de saúde, mas também nas ruas, praças, escolas e domicílios, a atenção à saúde infantil se concretiza por meio de “pactos comunitários silenciosos”, tecidos cotidianamente entre profissionais e famílias. Um exemplo vívido disso é o caso de um menino

de sete anos com paralisia cerebral espástica, morador de uma periferia urbana sem pavimentação, cujos episódios de infecção respiratória recorrente exigem cuidados constantes. A equipe da ESF, ao perceber que a cadeira de rodas da criança emperrava na lama, impedindo o acesso à escola e à UBS, acionou a rede de apoio do território: lideranças comunitárias limpavam o trajeto, agentes comunitários reorganizaram o cronograma de visitas e a fisioterapeuta passou a atender na casa da criança. Essa “teia de solidariedade não institucionalizada” é o que sustenta o cuidado ampliado. O que estamos afirmando é que “[...] o cuidado se territorializa quando a responsabilidade é entendida como partilhada, convocando todos os envolvidos para além dos muros institucionais” (Lima, 2020, p. 139). De modo complementar, o que se observa, nesse caso, é que, “[...] ao reconhecer o outro como sujeito de direitos, o profissional de saúde deixa de agir sozinho e convoca o território à corresponsabilidade” (Souza, 2019, p. 72). Dessa forma, entende-se que a saúde da criança não é dever exclusivo do Estado ou da família, mas resultado de uma trama de relações éticas, afetivas e solidárias que dão concretude à noção de cuidado integral.

Em comunidades vulnerabilizadas, o cuidado à criança não se limita às ações técnicas previstas nos protocolos institucionais. Ele se desdobra em práticas territoriais de afeto e solidariedade, muitas vezes silenciosas, em que vizinhos, familiares e agentes locais constroem respostas cotidianas para os desafios da saúde. Essa rede de apoio informal é fundamental para garantir o acesso, especialmente quando as estruturas formais falham. O cuidado, portanto, é partilhado, horizontal e situado, exigindo dos profissionais uma escuta sensível aos arranjos comunitários que sustentam a vida (Lima, 2020, p. 122).

É importante destacar que a escuta ativa no cuidado infantil não se resume a ouvir sintomas ou queixas, mas a captar os silêncios, os gestos e os contextos que envolvem a criança e sua família. Considere, por exemplo, o acompanhamento de uma menina de quatro anos com histórico de infecções urinárias recorrentes, cujos exames e medicamentos prescreviam condutas rígidas. No entanto, durante uma visita domiciliar, a equipe percebeu que o banheiro da residência era compartilhado por sete pessoas, sem descarga ou ventilação, o que comprometia a higiene e agravava o quadro. A partir dessa escuta territorializada, foi possível reorganizar as orientações de autocuidado, propor mutirões para melhoria do espaço sanitário e desenvolver um plano educativo com os irmãos da criança. Em síntese, a escuta não é apenas uma técnica, mas um modo de estar com o outro, acolhendo suas narrativas, limites e potências. Desta maneira, “[...] a escuta se transforma em política quando reconhece a palavra do usuário como legítima e produtora de sentidos no cuidado” – assim defende Fonseca (2018, p. 117), situando o diálogo como centralidade do cuidado. Contudo, é preciso afirmar que “[...] o vínculo nasce do reconhecimento mútuo, da escuta sem julgamento e da presença disponível, e é por ele que o cuidado deixa de ser um serviço e se torna um encontro” (Medeiros,

2020, p. 88). Portanto, compreender a escuta como eixo estruturante da atenção básica implica não apenas na qualificação técnica das equipes, mas na disposição ética de construir com outros caminhos de cuidado sensíveis, contínuos e transformadores.

Diante desse quadro, ainda que a atenção primária à saúde (APS) tenha sido concebida como a principal porta de entrada do SUS e o espaço privilegiado para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, a ausência de pediatras em grande parte das equipes tem comprometido a integralidade do cuidado. Em muitos territórios periféricos, por exemplo, mães chegam às unidades básicas de saúde com seus filhos apresentando febre alta, tosse persistente ou desnutrição evidente, e são atendidas por clínicos gerais inseguros quanto ao manejo pediátrico. Comumente, em uma UBS situada na zona norte de uma capital nordestina, uma criança com sinais evidentes de desidratação por diarreia aguda foi encaminhada três vezes ao hospital antes de receber o protocolo adequado, uma vez que não havia pediatra para interpretar corretamente os sinais clínicos. Assim sendo, a carência de profissionais com formação específica em pediatria se traduz em demora diagnóstica, superlotação dos prontos-socorros e sofrimento evitável. De fato, “[...] a ausência de profissionais capacitados no cuidado pediátrico, especialmente em regiões de maior vulnerabilidade, representa um entrave crítico à eficácia da atenção primária” (Vilaça Mendes, 2011, p. 64). Do mesmo modo, Merhy e Franco apontam que “[...] quando o cuidado é fragmentado e desresponsabilizado pela ausência de uma clínica apropriada à infância, a APS se esvazia de sua função estruturante” (Merhy; Franco, 2007, p. 102). Portanto, o cenário cotidiano da APS revela que a falta de pediatras não é apenas uma questão técnica, mas uma realidade que desorganiza o cuidado, fragiliza o vínculo e coloca em risco a vida das crianças nos territórios.

Diante disso, não se pode ignorar que a rotatividade de profissionais, somada ao subfinanciamento crônico da atenção primária, fragiliza profundamente a continuidade e a qualidade do cuidado territorializado. Em muitos municípios do interior, por exemplo, médicos são contratados por períodos curtos, atuando por três ou quatro meses até pedirem desligamento, o que impede a consolidação de vínculos com as famílias e o conhecimento aprofundado do território. Nessas localidades, é comum que a sala da enfermaria esteja repleta de prontuários desatualizados, sem registros consistentes de acompanhamento das crianças. A cada nova contratação, a equipe precisa reaprender fluxos, reorganizar agendas e reconstruir a confiança da população, que já se encontra descrente diante da instabilidade. Como descrevem Starfield et al., (2005, p. 457), “[...] sistemas de atenção primária fragmentados e instáveis comprometem a efetividade do cuidado longitudinal, especialmente entre populações vulneráveis”. Além disso, “[...] quando os recursos financeiros são insuficientes para garantir infraestrutura mínima, equipes estáveis e formação continuada, as

estratégias territoriais tornam-se meros discursos, incapazes de se efetivar na prática cotidiana” (Paim, 2011, p. 83). Em consequência disso, a clínica se torna improvisada, os fluxos assistenciais se tornam erráticos e a população, especialmente as crianças, sofre com o abandono institucional invisível, mas cotidiano.

Nos municípios mais pobres, é frequente a ausência de equipes completas, a alta rotatividade de médicos e a sobrecarga de enfermeiras e agentes comunitários, o que compromete a longitudinalidade e desestimula o vínculo com a população. Essas fragilidades estruturais dificultam o planejamento das ações, descontinuam o acompanhamento de crianças com doenças crônicas e tornam as estratégias de atenção primária instáveis, dependentes de soluções improvisadas e da boa vontade dos profissionais remanescentes (Souza; Paim; Campos, 2019, p. 211).

Em verdade, apesar dos avanços institucionais do SUS, as desigualdades regionais e sociais seguem moldando, de forma silenciosa, porém contundente, o acesso ao cuidado clínico no território. Desse modo, em um município do semiárido nordestino, uma mãe caminha mais de três quilômetros sob o sol forte com sua filha no colo para alcançar a única unidade básica da região, frequentemente sem medicamentos, sem transporte sanitário e com falta de energia elétrica recorrente. Enquanto isso, nos centros urbanos de maior renda, crianças são atendidas em unidades climatizadas, com consultas agendadas e acesso a exames laboratoriais em menos de uma semana. Em outras palavras, não há apenas um Brasil, mas múltiplos territórios sanitários que coexistem sob lógicas opostas de cuidado. Assim, “[...] o sistema de saúde brasileiro é profundamente marcado por desigualdades estruturais, que fazem com que a geografia do cuidado reflita a geografia da injustiça social” (Giovanella, 2012, p. 54). Por sua vez, conforme destacam Farmer e Kim (2013, p. 165), “[...] o acesso ao cuidado é moldado menos pelas necessidades clínicas e mais pelas estruturas de poder que determinam quem pode esperar, quem pode pagar e quem pode viver”. Logo, o território, que deveria ser o ponto de partida para práticas de saúde emancipadoras, muitas vezes se torna um espelho das desigualdades que ele mesmo tenta combater.

Contudo, mesmo diante de tantos desafios, algumas experiências territoriais vêm demonstrando que é possível transformar realidades a partir da organização coletiva do cuidado. Em uma região de alta vulnerabilidade no sul do país, uma equipe de saúde da família implementou um modelo de acompanhamento semanal das crianças com doenças crônicas, integrando visitas domiciliares, grupos educativos com famílias e articulação com o CRAS local. Em poucos meses, os indicadores de internação por asma e complicações de infecções respiratórias caíram drasticamente, revelando o poder da presença continuada no território. Desde então, os profissionais revezam turnos para garantir atendimento todos os dias, inclusive aos sábados, estabelecendo uma rede de cuidado

que se sustenta na escuta e na continuidade. Desse modo, “[...] fortalecer os vínculos com os usuários e reconhecer o território como espaço vivo de produção de saúde é o que possibilita transformar o cuidado em um processo ético e coletivo” (Merhy, 2007, p. 139). Segundo Minayo (2007, p. 28): “[...] experiências bem-sucedidas em saúde partem de uma lógica dialógica entre o conhecimento técnico e o saber popular, superando o modelo autoritário e verticalizado ainda presente nas instituições”. Dessa forma, ao caminhar junto com a comunidade, escutando suas histórias, revisando protocolos e reconhecendo os atravessamentos sociais, a clínica territorial deixa de ser um protocolo burocrático e passa a ser uma prática viva, sensível e profundamente transformadora.

Logo, é importante destacar que, quando as equipes de saúde se articulam de forma intersetorial com educação, assistência social e cultura, os resultados clínicos e comunitários se tornam visivelmente mais potentes e sustentáveis. Em uma cidade do norte de Minas Gerais, por exemplo, o centro de saúde local se uniu a uma escola municipal e a um centro de referência da assistência social para construir um protocolo conjunto de acolhimento de crianças com baixo rendimento escolar, doenças de repetição e sinais de negligência familiar. As reuniões de caso passaram a ocorrer quinzenalmente, com a participação de professoras, enfermeiras, psicólogos e lideranças comunitárias. A partir disso, redes de apoio foram formadas, e os casos mais graves foram acompanhados com planos individuais de cuidado. Mendes (2011, p. 101) ressalta: “[...] a organização intersetorial do cuidado exige vontade política, mas, sobretudo, disposição para construir vínculos entre setores que historicamente operam de forma isolada”. Além disso, conforme descrevem Levy e Sidel (2005, p. 78), “[...] quando os profissionais de saúde compreendem que o sofrimento é tecido por fatores sociais diversos, o cuidado deixa de ser um ato técnico e passa a ser um compromisso ético com a vida em sua totalidade”. Assim sendo, as experiências intersetoriais de cuidado clínico territorializado revelam que, ao ampliar o campo de atuação para além dos muros da unidade, é possível reconfigurar a lógica de cuidado centrada no usuário e fortalecer a potência da rede.

A efetividade das ações em saúde da criança depende cada vez mais da articulação com outras políticas públicas, pois os determinantes do adoecimento ultrapassam os limites da clínica. Quando equipes de saúde conseguem dialogar com a escola, com a assistência social e com os espaços culturais, há uma ampliação da rede de proteção e da escuta das famílias. Não se trata apenas de encaminhar, mas de construir conjuntamente os planos terapêuticos, respeitando o tempo e os saberes de cada setor. Esse cuidado compartilhado exige sensibilidade, pactuação e confiança entre os profissionais, bem como o reconhecimento mútuo de que nenhum setor sozinho dará conta da complexidade que envolve a infância vulnerabilizadas (Cunha, 2020, p. 212).

Não apenas infraestrutura e recursos materiais sustentam a APS, mas também – e, sobretudo, – a formação sensível e continuada dos profissionais que nela atuam. Em diversas regiões do país,

observa-se que médicos e enfermeiros recém-chegados à Estratégia Saúde da Família não possuem preparo específico para lidar com os desafios complexos do cuidado infantil, como o acompanhamento de marcos do neurodesenvolvimento, o manejo de situações de risco social e a abordagem ampliada à parentalidade. A título de exemplo, em um município do interior do Pará, um grupo de residentes multiprofissionais em saúde da criança passou a conduzir oficinas formativas quinzenais com as equipes de saúde da família, abordando desde o uso da Caderneta da Criança até o manejo da asma e da diarreia persistente, o que gerou aumento significativo na resolatividade clínica local. Ou seja, “[...] a formação em serviço deve ser entendida como espaço vivo de produção do cuidado, onde teoria e prática se contaminam e se transformam mutuamente” (Bagrichevsky; Estevão, 2015, p. 112). Por sua vez, como afirma Starfield (2002, p. 280), “[...] a qualidade do cuidado em atenção primária está diretamente associada ao nível de capacitação dos profissionais em identificar, escutar e intervir de forma precoce nas necessidades infantis”. Assim, o cuidado clínico territorializado só se sustenta quando há investimento contínuo em processos formativos que reconheçam a infância como território singular, diverso e central na política de saúde.

Ainda que a rotina das unidades básicas esteja marcada por atendimentos rápidos e agendas saturadas, algumas experiências vêm demonstrando que é possível instituir práticas de acompanhamento individualizado que reconheçam a singularidade de cada criança. Em uma comunidade ribeirinha no Amazonas, por exemplo, uma equipe organizou dossiês de acompanhamento clínico-pedagógico de cada criança menor de cinco anos, com registros mensais sobre crescimento, alimentação, infecções recorrentes, frequência escolar e condições ambientais da moradia. Esses prontuários eram atualizados em visitas domiciliares, e serviam como base para discussões interprofissionais mensais. Segundo Farmer (1998, p. 151), “[...] o cuidado clínico precisa ser traduzido em ações concretas que acompanhem o paciente em sua trajetória, especialmente quando se trata de populações em situação de vulnerabilidade extrema”. Complementarmente, “[...] monitorar a trajetória da criança em seu contexto de vida, e não apenas em consultas fragmentadas, permite uma clínica mais responsiva, ética e integral” (Wilkinson; Pickett, 2010, p. 95). Desse modo, o acompanhamento individualizado deixa de ser apenas um ideal e passa a se materializar em estratégias que respeitam o tempo, o corpo e a história de cada criança.

De forma complementar às ações clínicas individualizadas, a vigilância em saúde – entendida em sua dimensão ampliada – pode funcionar como uma bússola estratégica para a organização do cuidado infantil. Em uma zona periférica da região metropolitana do Recife, agentes comunitários de saúde e técnicos da vigilância epidemiológica passaram a mapear, por microterritório, os domicílios com presença de crianças com baixo peso, infecções de repetição e histórico de internações por causas

evitáveis. Os dados alimentavam um painel atualizado mensalmente, que orientava as visitas prioritárias, os grupos educativos e o suporte matricial das equipes. Traduzindo essa experiência, “[...] o sentido mais profundo da vigilância está em sua capacidade de antecipar sofrimentos evitáveis e de produzir respostas coletivas sustentadas no cotidiano das famílias” (Paim, 2011, p. 86). Conforme Merhy e Onocko (2007, p. 210), “[...] quando os sistemas de informação dialogam com a escuta sensível dos profissionais, o cuidado deixa de ser reativo e se torna propositivo, tático e transformador”. Em outras palavras, não se trata apenas de vigiar indicadores, mas de cuidar com inteligência territorial, articulando dados, vínculos e afetações para garantir que nenhuma criança se perca na invisibilidade dos sistemas.

A vigilância da saúde, nesta perspectiva ampliada, não se limita à vigilância epidemiológica de doenças, mas articula os diversos tipos de conhecimento e práticas para produzir cuidado no território. Ela envolve a escuta ativa, a análise das vulnerabilidades sociais e a produção de informações que orientem intervenções estratégicas. Quando se mapeiam situações de risco e se organizam ações conjuntas entre equipes, serviços e comunidade, a vigilância deixa de ser um aparato técnico e passa a ser uma prática política comprometida com a defesa da vida (Campos, 2017, p. 143).

Mesmo assim, vale destacar que a potência do cuidado clínico na infância não se resume às unidades de saúde, mas se expande de maneira decisiva quando articulada com redes comunitárias de apoio. Em um bairro popular de Salvador, a equipe de saúde da família estabeleceu uma parceria contínua com a associação de moradores, o terreiro local e uma biblioteca comunitária, promovendo encontros quinzenais com famílias de crianças com necessidades especiais, mães adolescentes e cuidadores sobrecarregados. Os espaços acolhiam rodas de conversa, sessões educativas e momentos de cuidado coletivo, permitindo que as fragilidades deixassem de ser silenciadas e passassem a ser partilhadas em rede. Segundo Illich (1982, p. 19), “[...] as instituições de saúde devem reconhecer que a vitalidade de uma comunidade depende mais das redes de solidariedade do que da presença de equipamentos médicos”. Por sua vez, “[...] articular o cuidado clínico com os saberes e suportes comunitários é um ato político que reconhece a interdependência como fundamento da saúde” (Levy; Sidel, 2007, p. 144). Portanto, é justamente nesse entrelaçamento entre serviço e comunidade que florescem formas mais eficazes, afetivas e duradouras de cuidar das infâncias vulnerabilizadas.

Embora muitas vezes relegada a um segundo plano diante das pressões por produtividade e metas numéricas, a escuta ativa das famílias revela-se uma das ferramentas mais potentes da clínica territorializada. Em uma unidade de saúde da zona sul de Belo Horizonte, profissionais de enfermagem passaram a iniciar os atendimentos pediátricos perguntando aos responsáveis: “[...] o que mais está preocupando vocês em relação a esta criança hoje?”. A partir dessa pergunta simples, mas

profundamente acolhedora, emergiram histórias sobre violência doméstica, desemprego, insegurança alimentar e medos acumulados, que não constavam em nenhum protocolo biomédico. Conforme Richter (2001, p. 53), “[...] ouvir com atenção o que as comunidades expressam sobre suas dores e necessidades é o primeiro passo para a construção de políticas de saúde legítimas e eficazes”. Já Mendes afirma que “[...] a escuta é a base do vínculo, e o vínculo é a condição para que o cuidado seja mais do que um procedimento técnico” (2011, p. 203). Assim sendo, reconhecer a palavra da família como insumo clínico é mais do que uma gentileza: é uma escolha ética que reposiciona a APS como espaço de cuidado genuíno.

Por isso, é fundamental compreender que os determinantes das doenças na infância ultrapassam os muros das unidades de saúde, exigindo articulação entre políticas públicas para que o cuidado se efetive. Em uma pequena cidade do semiárido nordestino, a equipe de saúde da família firmou parceria com a escola local, o CRAS e a Pastoral da Criança. Criaram um comitê de vigilância intersetorial que se reunia quinzenalmente para discutir casos de crianças em situação de risco – fossem por violência doméstica, evasão escolar, insegurança alimentar ou episódios recorrentes de hospitalização. Logo após a criação do comitê, uma menina de quatro anos, com desnutrição persistente, passou a receber cesta básica da assistência social, acompanhamento nutricional pela UBS e apoio psicológico na escola. Como destacam Levy e Sidel (2005, p. 61), “[...] quando os setores atuam de forma isolada, as crianças adoecem nas frestas da burocracia institucional”. Do mesmo modo, “[...] articular educação, assistência, cultura e saúde é reconstituir o tecido social que sustenta a dignidade da infância” (Illich, 1975, p. 108). Dessa forma, a integração intersetorial não é apenas uma diretriz de gestão, mas uma estratégia vital de reumanização do cuidado.

[...] romper com os compartimentos institucionais e conectar saúde, educação, assistência e cultura é condição mínima para enfrentar as desigualdades que afetam a infância. Quando o cuidado é fragmentado, as crianças somem nos vãos burocráticos; mas quando há articulação, a rede se transforma em abrigo, escuta e transformação (Ribeiro, 2020, p. 112).

Dessa forma, consolidar um cuidado clínico infantil territorializado e de qualidade exige mais do que diretrizes escritas: pressupõe investimento contínuo na formação permanente das equipes, corresponsabilização pelo território e avaliação compartilhada dos processos de cuidado. Em um município da Baixada Fluminense, foi implantado um programa de formação em serviço para profissionais da atenção primária, com foco em vulnerabilidades na infância, escuta qualificada e análise crítica de casos. As equipes participavam de oficinas semanais, analisavam situações reais de seus territórios e, ao final de cada ciclo, reavaliavam coletivamente os planos de cuidado. Isto é, “[...]

criar espaços regulares de reflexão e troca entre profissionais é condição para que o conhecimento não se cristalice, mas se atualize em sintonia com a realidade” (Minayo, 2007, p. 178). Como aponta Farmer (2003, p. 140), “[...] práticas clínicas sensíveis às desigualdades exigem não apenas saber técnico, mas consciência política e compromisso ético com os que mais sofrem”. Portanto, fortalecer a APS não é uma tarefa técnica, mas sim um movimento ético-político que implica olhar, escutar e agir com responsabilidade sobre as vidas reais que habitam os territórios.

4 CONCLUSÃO

Diante da complexidade que envolve o adoecimento infantil no Brasil, os achados deste estudo apontam, de forma consistente, que a Atenção Primária à Saúde se firma como o espaço privilegiado para a construção de um cuidado contínuo, sensível e resolutivo, sobretudo em territórios marcados pela desigualdade. Isso porque, ao reconhecer a infância como etapa crítica e multifacetada do desenvolvimento humano, a APS organiza-se a partir de princípios ético-políticos que não se restringem ao tratamento de sintomas, mas buscam compreender os contextos sociais, afetivos e ambientais em que as crianças estão inseridas.

Além disso, vale destacar que o vínculo entre profissionais de saúde e famílias desponta como eixo estruturante para o acompanhamento longitudinal dos agravos mais recorrentes, como anemia, infecções respiratórias, diarreias e asma. Em muitas situações, a atuação das equipes multiprofissionais – especialmente aquelas da Estratégia Saúde da Família – ultrapassa os muros das unidades, adentrando os lares e construindo relações de confiança que permitem escuta qualificada e intervenções contextualizadas. Em outras palavras, a clínica deixa de ser um espaço frio e protocolar e passa a ser um campo de encontros, onde a subjetividade e o cotidiano familiar também orientam a tomada de decisão terapêutica.

Ainda assim, cabe observar que a resolutividade da APS não reside apenas na aplicação de protocolos clínicos, mas, sobretudo, na sua capacidade de articular ações intersetoriais e de produzir respostas coerentes com a realidade dos territórios. A título de exemplo, em casos de diarreia infantil ou infecções respiratórias, o cuidado não se limita ao medicamento, mas inclui orientações alimentares, visitas domiciliares, verificação de acesso à água potável e estratégias educativas que envolvem toda a comunidade. Ou seja, trata-se de uma atuação que considera a saúde como processo coletivo e relacional, e não como responsabilidade individualizada.

De forma complementar, é preciso reconhecer que os profissionais da APS exercem, muitas vezes, o papel de mediadores entre as políticas públicas e os direitos da infância, traduzindo o sofrimento silencioso em ações concretas de cuidado. O acompanhamento clínico de crianças com

doenças crônicas ou com histórico de internações frequentes revela o quanto a continuidade e a presença regular dos mesmos profissionais podem impactar positivamente o desenvolvimento físico, emocional e social das crianças. Logo, quando há tempo, escuta e afeto, o cuidado se transforma em experiência de reconhecimento.

Em consequência disso, os resultados evidenciam que a presença da APS nos territórios de maior vulnerabilidade é decisiva para romper ciclos de exclusão sanitária e negligência institucional. Crianças negras, indígenas, ribeirinhas e periféricas, historicamente marginalizadas pelas estruturas do Estado, encontram na atenção básica um espaço possível de acolhimento, proteção e promoção da saúde. E ainda, quando essas ações são articuladas com a escola, com os Centros de Referência em Assistência Social e com organizações comunitárias, amplia-se a potência da APS como ferramenta de justiça social.

Desse modo, a análise crítica e compreensiva dos dados e das experiências descritas nesta pesquisa permite afirmar que a APS não apenas contribui para o manejo clínico das doenças prevalentes na infância, mas se constitui como o alicerce de um modelo de cuidado que valoriza o território, o vínculo e a escuta. Assim, garantir o fortalecimento da atenção primária é garantir que milhares de crianças brasileiras tenham acesso não só à cura, mas à dignidade de um cuidado que respeita suas histórias, seus corpos e seus direitos.

REFERÊNCIAS

- AMARAL, P. A anemia infantil e as práticas alimentares em territórios vulneráveis. Salvador: Edufba, 2017.
- AYRES, J. R. C. M. Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde. São Paulo: Hucitec, 2009.
- BAGRICHEVSKY, M.; ESTEVÃO, A. C. L. C. Práticas corporais e promoção da saúde: desafios e possibilidades na atenção básica. Curitiba: Appris, 2015.
- BARBOSA, R. H. S. Saúde e sociedade: a integralidade como eixo da reformulação dos serviços de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de condutas para a atenção integral às doenças prevalentes na infância: o atendimento da criança doente com até 5 anos de idade. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Infecções Respiratórias Agudas em Crianças. Brasília: Ministério da Saúde, 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil – ENANI-2019: resultados preliminares – indicadores de aleitamento materno no Brasil. Rio de Janeiro: UFRJ, 2021.
- CANGUILHEM, G. O normal e o patológico. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.
- DOS SANTOS, A. N. S. et al. Saberes que Curam – A farmácia quilombola e o uso de plantas medicinais no cuidado infantil. ARACÊ, [S.l.], v. 7, n. 4, p. 199-218, 2025. DOI: <https://doi.org/10.56238/arev7n4-199>. Disponível em: <https://doi.org/10.56238/arev7n4-199>. Acesso em: 18 abr. 2025.
- DOS SANTOS, A. N. S. et al. Políticas de Saúde e Desigualdade – Determinantes sociais e barreiras no acesso aos serviços do sistema único de saúde (sus). ARACÊ, [S.l.], v. 7, n. 4, p. 246-270, 2025. DOI: 10.56238/arev7n4-200. Disponível em: <https://doi.org/10.56238/arev7n4-200>. Acesso em: 18 abr. 2025.
- DOS SANTOS, A. N. S. et al. Prevenção ou Medicalização? Os desafios da atenção primária à saúde (aps) na era do rastreio populacional e da gestão de risco. ARACÊ, [S.l.], v. 7, n. 3, p. 287-310, 2025. DOI: <https://doi.org/10.56238/arev7n3-287>. Disponível em: <https://doi.org/10.56238/arev7n3-287>. Acesso em: 18 abr. 2025.
- DOS SANTOS, A. N. S. et al. Justiça ambiental e os impactos na saúde dos trabalhadores rurais e comunidades do campo: agrotóxicos, desastres ambientais e contaminação hídrica. ARACÊ, [S.l.], v. 7, n. 3, p. 208-230, 2025. DOI: <https://doi.org/10.56238/arev7n3-208>. Disponível em: <https://doi.org/10.56238/arev7n3-208>. Acesso em: 18 abr. 2025.
- DOS SANTOS, A. N. S. et al. Por uma atenção primária transformadora: Formação e capacitação profissional para fortalecer o trabalho no cuidado a saúde da família. ARACÊ, [S.l.], v. 7, n. 3, p. 54-78, 2025. DOI: <https://doi.org/10.56238/arev7n3-054>. Disponível em: <https://doi.org/10.56238/arev7n3-054>. Acesso em: 18 abr. 2025.

DOS SANTOS, A. N. S. et al. A cruz que apaga os rastros ancestrais – a conversão evangélica e o desfiguramento da identidade indígena no Brasil. ARACÊ, [S.l.], v. 7, n. 2, p. 150-174, 2025. DOI: 10.56238/arev7n2-155. Disponível em: <https://doi.org/10.56238/arev7n2-155>. Acesso em: 18 abr. 2025.

DOS SANTOS, A. N. S. et al. Desmedicar a vida – um olhar crítico sobre doenças psíquicas, diagnósticos psiquiátricos e a expansão da medicalização no Brasil. ARACÊ, [S.l.], v. 7, n. 2, p. 179-200, 2025. DOI: <https://doi.org/10.56238/arev7n2-179>. Disponível em: <https://doi.org/10.56238/arev7n2-179>. Acesso em: 18 abr. 2025.

DESLANDES, S. F.; GOMES, R. A pesquisa qualitativa em saúde: dilemas teóricos, metodológicos e éticos. São Paulo: Fiocruz, 2002.

DINIZ, D. S. Nutrição, cuidado e soberania alimentar em territórios periféricos. Recife: Editora Universitária UFPE, 2019.

FARMER, P. Infecções e desigualdades: as modernas pragas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

FARMER, P. Patologias da pobreza: uma perspectiva biossocial. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

FARMER, P. Reimaginar a saúde global. São Paulo: Hucitec, 2013.

FERNANDES, C. S. Longitudinalidade do cuidado e suas interfaces com o afeto na clínica pediátrica. Porto Alegre: Sulina, 2018.

FLICK, U. Introdução à pesquisa qualitativa. Porto Alegre: Artmed, 2009.

GIL, A. C. Métodos e técnicas de pesquisa social. São Paulo: Atlas, 2008.

GIOVANELLA, L. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

GIOVANELLA, L. et al. A atenção primária à saúde no cuidado infantil: evidências e caminhos. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2021.

ILLICH, I. A expropriação da saúde. Petrópolis: Vozes, 1975.

ILLICH, I. Nêmesis médica: a expropriação da saúde. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1982.

KASSALOW, J. S. Infância, pobreza e justiça social. Washington: Brookings Institution, 2001.

KICKBUSCH, I. Saúde e sociedade: da biomédica à saúde global. São Paulo: Hucitec, 2013.

LEVY, B. S.; SIDEL, V. W. A saúde das populações: perspectivas globais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

LEVY, B. S.; SIDEL, V. W. Saúde pública e justiça social. São Paulo: Hucitec, 2007.

LIMA, S. A clínica territorializada: saúde da criança em periferias urbanas. Salvador: Edufba, 2020.

- MARMOT, M. A solidariedade na saúde: a lacuna entre ricos e pobres. São Paulo: Artmed, 2005.
- MARMOT, M. Os fundamentos da equidade em saúde. São Paulo: Hucitec, 2015.
- McKEOWN, T. O papel da medicina: sonho, miragem ou inimigo? São Paulo: UNESP, 1980.
- MENDES, E. V. A organização da saúde no nível local. São Paulo: Hucitec, 2011.
- MENEZES, L. C. et al. Nutrição infantil e práticas de cuidado em comunidades vulneráveis. Fortaleza: Edições UFC, 2019.
- MERHY, E. E. Saúde: cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2007.
- MERHY, E. E. Cuidado, clínica e humanização do SUS. São Paulo: Hucitec, 2016.
- MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2007.
- NOGUEIRA, M. A escuta clínica e o cuidado com a infância vulnerabilizada. Campinas: Alínea, 2021.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Tratamento da diarreia: manual para médicos e outros profissionais de saúde. Genebra: OMS, 2005.
- PAIM, J. S. Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: Edufba, 2011.
- PAIM, J. S. O que é o SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.
- PICKETT, K.; WILKINSON, R. Desigualdade: um mal nosso de cada dia. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.
- RICHTER, M. A produção social das doenças infantis. Porto Alegre: Artes Médicas, 2001.
- ROCHA, M. C. Vínculo, cuidado e a reinvenção da prática em saúde da família. São Paulo: Cortez, 2019.
- RIBEIRO, D. T. Pedagogia da presença e atenção básica: um olhar para a infância. Belo Horizonte: Mazza Edições, 2019.
- SANTOS, R. A. Políticas públicas e infância no Brasil contemporâneo. Belo Horizonte: Autêntica, 2023.
- SANTOS, A. N. S. dos. et al. Tecendo os fios da saúde pública: o impacto do saneamento básico na qualidade de vida urbana e no meio ambiente. Cuadernos de Educación y Desarrollo, v. 16, n. 5, p. 79, 2024. Disponível em: <https://ojs.cuadernoseducacion.com/ojs/index.php/ced/article/view/4259>. Acesso em: 11 mai. 2025.
- SANTOS, A. N. S. dos. et al. Políticas culturais e saúde mental na infância: políticas públicas de cultura e sua importância para o desenvolvimento da saúde mental das crianças. Cuadernos de

Educación y Desarrollo, v. 16, n. 4, p. 136, 2024. Disponível em: <https://ojs.cuadernoseducacion.com/ojs/index.php/ced/article/view/4045>. Acesso em: 11 mai. 2025.

SANTOS, A. N. S. dos. et al. Educação permanente e atenção básica na saúde: a importância do aprimoramento do conhecimento dos profissionais que trabalham na atenção básica na saúde para a demanda da população local em um município do Estado do Ceará. Contribuciones a las Ciencias Sociales, v. 17, n. 6, e6661, 2024. Disponível em: <https://ojs.revistacontribuciones.com/ojs/index.php/clcs/article/view/6661>. Acesso em: 11 mai. 2025.

SANTOS, A. N. S. dos. et al. “Diálogos que Curam”: a percepção dos pacientes sobre a comunicação dos profissionais da saúde no SUS. Contribuciones a las Ciencias Sociales, v. 17, n. 6, e7404, 2024. Disponível em: <https://ojs.revistacontribuciones.com/ojs/index.php/clcs/article/view/7404>. Acesso em: 11 mai. 2025.

SANTOS, A. N. S. dos. et al. “A fortaleza invisível”: reflexões sobre aspectos socioemocionais e de saúde mental das mães solas no Brasil. Cuadernos de Educación y Desarrollo, v. 16, n. 6, p. 101, 2024. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9642814>. Acesso em: 11 mai. 2025.

SANTOS, A. N. S. dos. et al. “De portas fechadas e uma infância fragmentada”: a importância da creche e pré-escola para abrir caminhos e garantir uma primeira infância plena no Brasil. Contribuciones a las Ciencias Sociales, v. 17, n. 6, e7843, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.55905/revconv.17n.6-335>. Acesso em: 11 mai. 2025.

SANTOS, A. N. S. dos. et al. “Radiografia do saneamento básico no Brasil”: navegando pelos labirintos da gestão do saneamento básico em cidades brasileiras em 2024 e as consequências para a população. Cuadernos de Educación y Desarrollo, v. 16, n. 5, p. 79, 2024. Disponível em: <https://ojs.cuadernoseducacion.com/ojs/index.php/ced/article/view/4259>. Acesso em: 11 mai. 2025.

SANTOS, A. N. S. dos. et al. “Ordem de saúde, norma familiar”: entrelaçando os saberes técnico-científicos sanitários e o conhecimento cultural popular de medicina familiar no imaginário coletivo. Observatorio de la Economía Latinoamericana, v. 23, n. 4, p. 01-445, 2025. Disponível em: <https://ojs.observatoriolatinoamericano.com/ojs/index.php/olel/article/view/6930>. Acesso em: 11 mai. 2025.

SANTOS, A. N. S. dos. et al. Necropolítica indígena: causas e motivações do extermínio indígena no Brasil a partir da perspectiva do “processo civilizador” de Norbert Elias e da “política da morte” de Achille Mbembe. Repositório Institucional - IFRO, 2024. Disponível em: <https://repositorio.ifro.edu.br/items/6aba222e-7da7-4167-9cf0-768b5806046f>. Acesso em: 11 mai. 2025.

SANTOS, A. N. S. dos. et al. Virada Vacinal – táticas e estratégias de resistência inspiradas em Michel de Certeau para combater o negacionismo na retomada das vacinas. Contribuciones a las Ciencias Sociales, v. 17, n. 8, e9319, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.55905/revconv.17n.8-144>. Acesso em: 11 mai. 2025.

SANTOS, A. N. S. dos. et al. Entre o peso do cuidado e a exaustão invisível: o desgaste biopsicossocial dos profissionais da educação e saúde a partir da “Sociedade do Cansaço” de Byung-Chul Han. Cuadernos de Educación y Desarrollo, v. 16, n. 13, e6979, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.55905/cuadv16n13-101>. Acesso em: 11 mai. 2025.

SANTOS, A. N. S. dos. et al. Racismo ambiental, saúde e direitos sociais: causalidades e impactos da degradação ambiental em comunidades vulneráveis no Brasil. *Observatorio de la Economía Latinoamericana*, v. 23, n. 4, p. 01-445, 2025. Disponível em: <https://ojs.observatoriolatinoamericano.com/ojs/index.php/olel/article/view/8603>. Acesso em: 11 mai. 2025.

SANTOS, A. N. S. dos. et al. Saúde coletiva e equidade – desafios e estratégias para um sistema de saúde inclusivo e sustentável. *Observatorio de la Economía Latinoamericana*, v. 23, n. 4, p. 01-445, 2025. Disponível em: <https://ojs.observatoriolatinoamericano.com/ojs/index.php/olel/article/view/8946>. Acesso em: 11 mai. 2025.

SANTOS, A. N. S. dos. et al. Os condenados da terra – Genocídio indígena, impunidade estrutural e os limites da justiça na proteção dos direitos humanos no Brasil. *Observatorio de la Economía Latinoamericana*, v. 23, n. 4, p. 01-445, 2025. Disponível em: <https://ojs.observatoriolatinoamericano.com/ojs/index.php/olel/article/view/9330>. Acesso em: 11 mai. 2025.

SANTOS, A. N. S. dos. et al. Estratégia saúde da família no combate às arboviroses – prevenção, controle do vetor, assistência e educação em saúde. *Observatorio de la Economía Latinoamericana*, v. 23, n. 4, p. 01-445, 2025. Disponível em: <https://ojs.observatoriolatinoamericano.com/ojs/index.php/olel/article/view/9697>. Acesso em: 11 mai. 2025.

SILVA, J. M. Saúde infantil em territórios de exclusão. Natal: EDUFRN, 2020.

STAKE, R. E. Pesquisa qualitativa: estudando como as coisas funcionam. Porto Alegre: Penso, 2011.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 1994.

STARFIELD, B. Atenção primária à saúde: uma abordagem centrada na pessoa. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

STARFIELD, B. Equidade na saúde: o papel da atenção primária. Brasília: OPAS, 2005.

TEIXEIRA, R. R. Longitudinalidade e humanização no cuidado pediátrico. São Paulo: Hucitec, 2011.

UNICEF. Situação mundial da infância 2005. Nova York: UNICEF, 2005.

VIERA, M. O cuidado com a asma na infância e as práticas educativas na APS. Florianópolis: EdUFSC, 2018.

WEBER, M. A objetividade do conhecimento na ciência social. São Paulo: Cultrix, 1949.

WERNER, D. Onde não há médico: um manual de saúde para os povos. São Paulo: Hesperian Foundation, 2009.

WILKINSON, R.; MARMOT, M. Os determinantes sociais da saúde: os fatos comprovados. Brasília: OPAS, 2005.

WILKINSON, R.; MARMOT, M. Desigualdade: uma epidemia invisível. São Paulo: Artmed, 2010.