

M E D I C I N A
M & P
& P E S Q U I S A

Volume 6, Número 3, Ano 2025
Edição Temática

Centro de Ciências Médicas
da Universidade Federal da Paraíba
(UFPB)

Portal de Periódicos

REVISTA
MEDICINA
&
PESQUISA



VOL. 6 - ANO 6 - Nº 3 - SETEMBRO/DEZEMBRO 2025



Universidade Federal da Paraíba
Portal de Periódicos
Científicos Eletrônicos
EDITORA UFPB



Revista Medicina & Pesquisa | e-ISSN 2525-5851

EXPEDIENTE

EDITORES

Dr. Eduardo Sérgio Soares Sousa
Dra. Rilva Lopes de Sousa Muñoz

COMITÊ EDITORIAL

Dra. Alessandra Braz de Andrade
Dr. Aristides Medeiros Freire
Dr. Arnaldo Correia de Medeiros
Dr. André Luís Bonifácio de Carvalho
Dr. Constantino Giovanni Braga Cartaxo
Dr. Francisco Bernardino da Silva Neto
Dr. Estácio Amaro da Silva Júnior
Dra. Esther Bastos Palitot
Dr. José Eymard de M. de Medeiros Filho
Dra. Leina Yukari Etto
Dra. Lillian Débora Paschoalin Miguel
Dr. Luiz Victor Maia Loureiro
Dr. Marco Antônio de Vivo Barros
Dr. Marcos Oliveira Dias Vasconcelos
Dra. Marília Denise Saraiva Barbosa
Dr. Maurus Marques de Almeida Holanda
Dr. Severino Ayres de Araújo Neto
Dra. Valderez Araújo de Lima Ramos

CONSELHO CONSULTIVO

Dra. Ana Maria Revorêdo da Silva Ventura
Instituto Evandro Chagas – Pará
Dra. Carla Helena Augustin Schwanke
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
Dr. Celmo Celeno Porto
Universidade Federal de Goiás
Dr. Clécio de Oliveira Godeiro Júnior
Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Dr. Edmundo Chada Baracat
Universidade de São Paulo
Dra. Eloisa Silva Dutra de Oliveira Bonfá
Universidade de São Paulo
Dr. Emerson Leandro Gasparetto
Universidade Federal do Rio de Janeiro
Dra. Emília Inoue Sato
Universidade Federal de São Paulo
Dr. Emilio Carlos Elias Baracat
Universidade Estadual de Campinas
Dr. Eymard Mourão Vasconcelos
Rede de Educação Popular em Saúde
Dr. João Modesto Filho
Universidade Federal da Paraíba
Dr. José Maria Soares Júnior
Universidade Federal de São Paulo
Dra. Lúcia da Conceição Andrade
Universidade de São Paulo
Dra. Maria José Pereira Vilar
Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Dra. Eutília Andrade Medeiros Freire
Academia Paraibana de Medicina
Dr. José Gomes Batista
Centro Universitário de João Pessoa - UNIPÊ

SUMÁRIO

Revista Medicina & Pesquisa

Volume 6, Número 3, 2025 – Edição Temática

Publicado em 30 de dezembro de 2025

DOI do número: <https://doi.org/10.9124/10.9124/vol6iss2pp60>

Editorial

Edição Temática | Diversidade Étnica e Cultural na Medicina: Saberes, Práticas e Desafios Contemporâneos

Editores

Revista Medicina & Pesquisa, v. 6, n. 3, p. 1, 2025

Relatos de Experiência

Preconceito adoece: um olhar crítico sobre o impacto do racismo por meio de um infográfico

Caroline Santana dos Santos; Dandara Maria Sousa Formiga Nobre; João Rafael do Nascimento Rodrigues; Nicolle Thainá de Melo Costa; Samile Graciely Ramos Leite

Revista Medicina & Pesquisa, v. 6, n. 3, p. 2–8, 2025

Prevenção do câncer de mama como questão crítica de gênero: diversidade, direitos e iniquidades

Emmanuel Barbosa Sobral Menezes; Flávio Joel de Souza; Isadora Mayza de Andrade Moura; Maria Klara Pontes Ribeiro Felipe; Thalison Ryan Belizio Gomes

Revista Medicina & Pesquisa, v. 6, n. 3, p. 9–17, 2025

Saúde mental de mães solo: um podcast educativo como estratégia pedagógica na formação médica

Islanna dos Santos Lima; Matheus Targino da Silva; Maria Clara Moraes Ribeiro; Maria Eduarda Gomes Salustino; Renan Morgan Kyrillos Reis; Yaslanny Ádrina Alves Guedes

Revista Medicina & Pesquisa, v. 6, n. 3, p. 18–23, 2025

Revisões

Etarismo na atenção à saúde: invisibilidade, práticas institucionais e desafios para a formação médica e o cuidado integral

Gabriel Moreira Trindade; João Gabriel Toledo Ramos Lins; Rafael Luiz Rocha Bruno; Rilva Lopes de Sousa Muñoz

Revista Medicina & Pesquisa, v. 6, n. 3, p. 24–35, 2025



Edição Temática | Diversidade Étnica e Cultural na Medicina: Saberes, Práticas e Desafios Contemporâneos

EDITORIAL

A Revista Medicina & Pesquisa, ao publicar o Volume 6, Número 3 (2025), reafirma seu compromisso com a produção e a difusão de conhecimentos críticos, socialmente situados e eticamente orientados no campo da saúde. Esta edição temática reúne artigos que problematizam preconceitos estruturais — como o etarismo, o racismo e as desigualdades de gênero — e discutem seus impactos diretos sobre o cuidado em saúde, a formação médica e a construção de práticas assistenciais mais equitativas e inclusivas.

O artigo de revisão “Etarismo na atenção à saúde: invisibilidade, práticas institucionais e desafios para a formação médica e o cuidado integral” inaugura o número ao oferecer uma análise teórico-crítica aprofundada sobre o preconceito etário como fenômeno estrutural e institucional. Ao evidenciar como o etarismo se manifesta nos serviços de saúde — por meio da invisibilização clínica, da restrição de tratamentos, da comunicação inadequada e da violência simbólica — o artigo contribui para o reconhecimento do preconceito etário como determinante social da saúde e aponta desafios centrais para a formação médica e para a efetivação do cuidado integral à pessoa idosa.

Na sequência, o relato de experiência “Preconceito adoece: um olhar crítico sobre o impacto do racismo por meio de um infográfico” aborda o racismo estrutural como produtor de adoecimento e iniquidades em saúde. Ao utilizar o infográfico como estratégia pedagógica e comunicacional, o trabalho articula educação em saúde, metodologias ativas e formação antirracista, evidenciando o potencial de recursos visuais críticos para promover reflexão, sensibilização e transformação no processo formativo em saúde.

O terceiro artigo, “Prevenção do câncer de mama como questão crítica de gênero: diversidade, direitos e iniquidades” amplia o debate ao situar a prevenção do câncer de mama no campo das desigualdades de gênero e dos direitos em saúde. O relato de experiência evidencia como práticas educativas sensíveis à diversidade podem contribuir para o enfrentamento das iniquidades no acesso à informação, à prevenção e ao cuidado, reafirmando a centralidade do olhar interseccional na atenção à saúde das mulheres.

Encerrando a edição, o artigo “Saúde mental de mães solo: um podcast educativo como estratégia pedagógica na formação médica” destaca a potência das tecnologias educacionais e das narrativas na formação médica. Ao abordar a saúde mental de mães solo — grupo frequentemente invisibilizado nas políticas públicas e nos currículos tradicionais — o trabalho demonstra como o podcast pode atuar como ferramenta pedagógica para ampliar a escuta, a empatia e a compreensão das vulnerabilidades sociais que atravessam os processos de saúde e adoecimento.

Em conjunto, os artigos desta edição temática convidam à reflexão crítica sobre os modos como preconceitos e desigualdades estruturais se inscrevem nas práticas de cuidado e nos processos formativos em saúde. Ao articular pesquisa, extensão, educação e compromisso social, este número reafirma a necessidade de uma formação médica sensível à diversidade, orientada pela ética do cuidado e comprometida com a transformação das realidades que produzem exclusão e sofrimento.

A Revista Medicina & Pesquisa espera que esta edição contribua para o fortalecimento do debate acadêmico e para a construção de práticas em saúde mais justas, humanas e socialmente responsáveis.

Editoria da Revista Medicina & Pesquisa

Edição Temática: Diversidade Étnica e Cultural na Medicina: Saberes, Práticas e Desafios Contemporâneos

PRECONCEITO ADOECE: UM OLHAR CRÍTICO SOBRE O IMPACTO DO RACISMO NA SAÚDE POR MEIO DE UM INFOGRÁFICO

*PREJUDICE MAKES YOU SICK: A CRITICAL LOOK AT THE
IMPACT OF RACISM ON HEALTH THROUGH AN
INFOGRAPHIC*



e-ISSN 2525-5851
Centro de Ciências
Médicas/UFPB

RESUMO

Objetivo: Relatar a experiência de elaboração de um infográfico intitulado “Preconceito adoece: um olhar crítico sobre o impacto do racismo na saúde no Brasil”, desenvolvido por estudantes do curso de Medicina da Universidade Federal da Paraíba, no âmbito da disciplina Diversidade Étnica e Cultural na Medicina. **Descrição da experiência:** Trata-se de um relato de experiência de natureza descritivo-reflexiva, que apresenta o processo pedagógico de construção do material, incluindo a definição do recorte temático, a pesquisa bibliográfica, a seleção de dados epidemiológicos e a organização visual do conteúdo, fundamentada no conceito de interseccionalidade e em documentos oficiais de saúde. O infográfico abordou, de forma integrada, os impactos do racismo institucional nos campos da saúde materno-infantil, da saúde mental e das vulnerabilidades da população LGBTQIAPN+ negra. **Discussão:** A experiência evidenciou o potencial do infográfico como recurso pedagógico crítico, capaz de traduzir informações complexas em linguagem acessível, promover sensibilização ética e favorecer a problematização das desigualdades étnico-raciais no processo saúde-doença, deslocando abordagens biologizantes e individualizantes. **Considerações finais:** Conclui-se que a utilização de recursos visuais críticos na formação médica contribui para o desenvolvimento do pensamento reflexivo, do compromisso social e da prática profissional orientada pelos princípios da equidade e da integralidade, reafirmando a importância de estratégias pedagógicas antirracistas no ensino em saúde.

Palavras-Chave: Racismo estrutural; Equidade em saúde; Educação médica; Diversidade étnico-racial; Infográfico pedagógico.

**Caroline Santana dos
Santos
Dandara Maria Sousa
Formiga Nobre
João Rafael do
Nascimento Rodrigues
Nicolle Thainá de Melo
Costa
Samile Graciely Ramos
Leite**

Estudantes de Graduação em
Medicina da Universidade
Federal da Paraíba (UFPB)

**Contato para
correspondência:**
jrdnr@academico.ufpb.br

Submetido em: 06/08/2025

Aceito em: 10/09/2025

Publicado em: 27/12/2025

Como citar este artigo: Santos CS, Nobre DMSF, Rodrigues JRN, Costa NTM, Leite SGR. Preconceito adoece: um olhar crítico sobre o impacto do racismo na saúde por meio de um infográfico. Rev Med Pesq. 2025;6(3):2-8

ABSTRACT

Objective: To report the experience of developing an infographic entitled “*Prejudice Makes You Ill: A Critical Perspective on the Impact of Racism on Health through an infographic*”, created by medical students at the Federal University of Paraíba within the course *Ethnic and Cultural Diversity in Medicine*. **Description of the experience:** This is a descriptive and reflective experience report that presents the pedagogical process underlying the construction of the material, including the definition of the thematic focus, literature review, selection of epidemiological data, and visual organization of content, grounded in the concept of intersectionality and official health documents. The infographic addressed, in an integrated manner, the impacts of institutional racism on maternal and child health, mental health, and the vulnerabilities of the Black LGBTQIAPN+ population. **Discussion:** The experience highlighted the potential of the infographic as a critical pedagogical resource capable of translating complex information into accessible language, fostering ethical awareness, and promoting the problematization of ethnic-racial inequalities in the health–disease process, thereby challenging biologically reductionist and individual-centered approaches. **Final considerations:** We concluded that the use of critical visual resources in medical education contributes to the development of reflective thinking, social commitment, and professional practice guided by the principles of equity and integrality, reinforcing the importance of anti-racist pedagogical strategies in health education.

Key-words: Structural racism; Health equity; Medical education; Ethnic-racial diversity; Active learning methodologies.

1 INTRODUÇÃO

As desigualdades raciais em saúde no Brasil não podem ser compreendidas como eventos isolados ou resultantes exclusivamente de fatores biológicos. Elas expressam processos históricos, sociais e institucionais profundamente enraizados, que se manifestam na maior morbimortalidade materna, no acesso desigual aos serviços de saúde, na maior prevalência de sofrimento psíquico e na exposição ampliada à violência entre a população negra [1,2]. Nesse cenário, o racismo estrutural e institucional configura-se como um determinante social da saúde, atravessando práticas, políticas e relações no cotidiano do cuidado [3].

A formação médica, historicamente marcada por um modelo biomédico hegemônico, frequentemente silencia ou marginaliza a discussão sobre raça, racismo e desigualdades estruturais [4-6]. Tal lacuna compromete a capacidade crítica dos futuros profissionais para reconhecer e enfrentar práticas discriminatórias no interior dos serviços de saúde. Assim, estratégias pedagógicas que articulem conhecimento científico, sensibilidade ética e compromisso social tornam-se fundamentais para uma educação médica alinhada aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente o da equidade [7].

O objetivo deste trabalho é relatar a experiência de elaboração de um infográfico crítico sobre o impacto do racismo na saúde da população negra no Brasil, destacando seu processo de construção, fundamentos teóricos e potencial como recurso pedagógico na formação médica.

2 DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

Trata-se de um relato de experiência de natureza descritiva e reflexiva, desenvolvido a partir de uma atividade pedagógica realizada por estudantes do curso de Medicina da Universidade Federal da Paraíba, no ano de 2025, no âmbito da disciplina Diversidade Étnica e Cultural na Medicina.

A elaboração do infográfico seguiu etapas metodológicas previamente pactuadas em sala de aula com o grupo de estudantes da equipe. Inicialmente, realizou-se a definição do recorte temático e da mensagem central do material, orientada pelo princípio de que “equidade em saúde é um direito”. Em seguida, os estudantes realizaram pesquisa bibliográfica em bases científicas e documentos institucionais, incluindo artigos nacionais e internacionais, diretrizes do Ministério da Saúde — com destaque para a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra [3], dados epidemiológicos oficiais e relatórios de organismos internacionais.

O conteúdo foi organizado em blocos temáticos articulados por três eixos centrais: saúde materno-infantil, saúde mental e vulnerabilidades da população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgêneros, Queer, Intersexo, Assexuais, Pansexuais, Não binárias e outras identidades de gênero e orientações sexuais (LGBTQIAPN+) negra [1-3]. Esses eixos foram escolhidos por

evidenciarem, de forma concreta, a atuação do racismo institucional e das desigualdades interseccionais no processo saúde-doença. O conceito de interseccionalidade, formulado por Kimberlé Crenshaw, foi adotado como referencial analítico transversal, permitindo compreender como raça, gênero, classe e sexualidade se articulam na produção de vulnerabilidades [2-5].

A etapa de construção visual foi realizada por meio da plataforma Canva, priorizando uma paleta de cores inspirada na ancestralidade africana, uso de ícones acessíveis, linguagem clara e fontes de alta legibilidade, de modo a garantir acessibilidade comunicacional. O material passou por revisão colaborativa entre os integrantes do grupo, com atenção à clareza das mensagens, coerência entre dados e narrativa visual, e adequação ética do conteúdo, resultando no infográfico que sintetizou as reflexões disparadas pela realização do trabalho (**Figura 1**).

Esse infográfico foi concebido como um recurso pedagógico visual com o objetivo de sintetizar, de forma crítica e acessível, evidências científicas sobre os efeitos do racismo estrutural e institucional nos processos de saúde e doença da população negra no país. Sua organização gráfica e narrativa busca articular dados epidemiológicos, conceitos teóricos e recomendações práticas, favorecendo a compreensão integrada das desigualdades raciais em saúde. Na parte superior, o título em destaque cumpre função de enunciação política e conceitual, ao afirmar que o preconceito não é apenas um fenômeno simbólico ou moral, mas um fator que produz adoecimento concreto. Essa escolha discursiva orienta a leitura do material, convidando o observador a compreender o racismo como determinante social da saúde. Logo abaixo, o bloco introdutório afirma que “o acesso à saúde não é igual para todos”, situando o processo saúde-doença como inseparável das relações sociais e das desigualdades de raça, renda e sexo. Esse trecho estabelece o marco interpretativo do infográfico, deslocando explicações individualizantes e naturalizantes das iniquidades em saúde.

O infográfico apresenta, em seguida, um gráfico sobre a distribuição do número de usuários que não possuem plano de saúde médico ou odontológico segundo raça/cor, evidenciando maior proporção entre pessoas negras. A visualização quantitativa reforça a argumentação de que o racismo estrutural também se expressa no acesso desigual aos recursos de saúde, mesmo em um sistema que se orienta pelo princípio da universalidade.

O eixo Saúde materno-infantil destaca a maior morbidade e mortalidade materna entre mulheres negras, associando esses desfechos ao racismo institucional presente no pré-natal, na peregrinação para o parto e na qualidade do cuidado recebido. A combinação entre dados numéricos, ilustração simbólica e referência explícita às fontes oficiais confere densidade científica ao material, ao mesmo tempo em que humaniza a informação. Esse eixo denominado saúde mental aborda a maior prevalência de suicídio entre jovens e adolescentes negros, utilizando uma representação gráfica simples e direta que comunica a magnitude do problema. Ao associar sofrimento psíquico, juventude e raça, o infográfico contribui para desnaturalizar leituras individualizantes do adoecimento mental e reforça a necessidade de políticas públicas sensíveis às desigualdades raciais.

No eixo Vulnerabilidade da população LGBTQIAPN+ negra, o infográfico explicita a lógica da interseccionalidade ao apresentar dados sobre a prevalência de HIV em mulheres trans e a predominância de pessoas não brancas nas pesquisas citadas. Essa seção evidencia como a sobreposição de marcadores sociais — raça, gênero e sexualidade — intensifica vulnerabilidades e amplia barreiras de acesso ao cuidado, rompendo com análises fragmentadas das desigualdades em saúde.

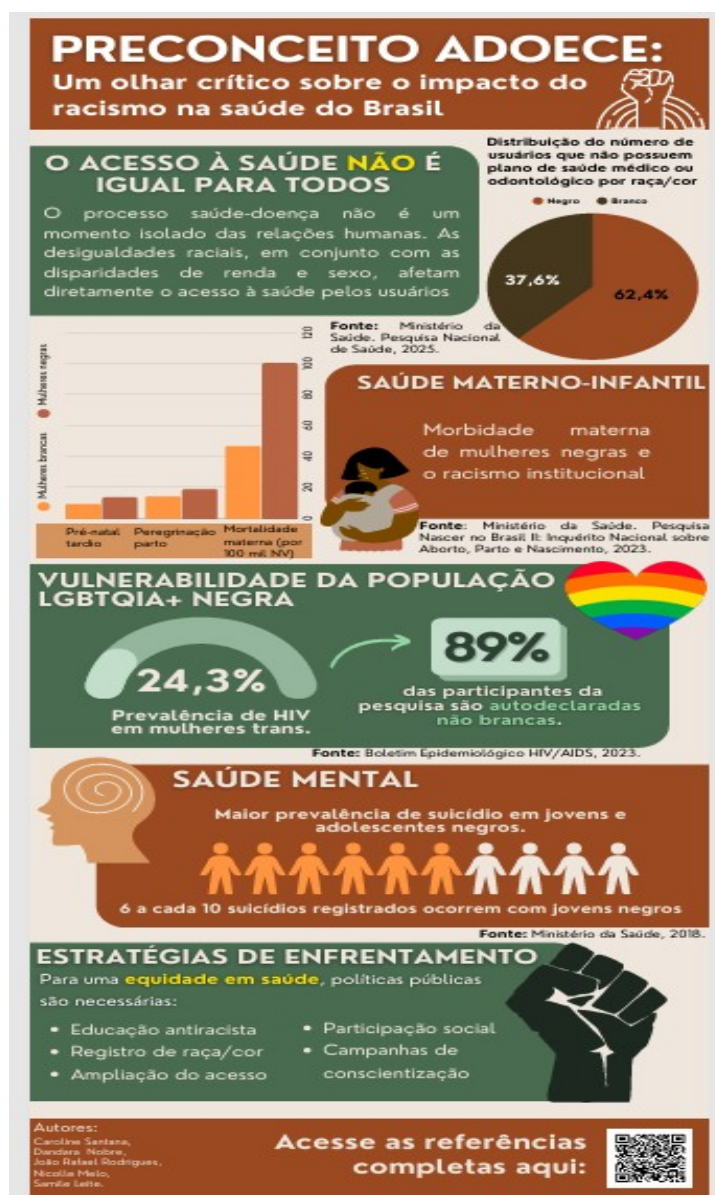
Na parte final, o infográfico apresenta o bloco Estratégias de enfrentamento, no qual são elencadas ações fundamentais para a promoção da equidade em saúde, como educação antirracista, registro adequado de raça/cor, ampliação do acesso, participação social e campanhas de conscientização. Esse fechamento cumpre uma função pedagógica central ao deslocar o leitor da constatação das desigualdades para a reflexão sobre responsabilidade coletiva, ação institucional e compromisso ético-político dos profissionais de saúde.

Do ponto de vista estético-comunicacional, o uso de uma paleta de cores associada à ancestralidade africana, ícones de fácil reconhecimento e linguagem clara contribui para a acessibilidade e o impacto visual do material. A presença de referências e um código de resposta rápida, QR Code, reforça o caráter científico e educativo do infográfico, estimulando a busca por aprofundamento teórico.

Dessa maneira, o infográfico se configura como um recurso pedagógico potente ao integrar informação científica, crítica social e comunicação visual, favorecendo a sensibilização de estudantes e profissionais de saúde para o enfrentamento do racismo estrutural e a promoção

da equidade no cuidado.

Figura 1. Infográfico “Preconceito adoece”: impactos do racismo estrutural na saúde da população negra no Brasil



Fonte: Os Autores (2025)

A experiência de elaboração desse infográfico revelou-se um exercício formativo potente ao articular conhecimento científico, análise crítica e produção criativa. Ao sintetizar dados epidemiológicos sobre mortalidade materna de mulheres negras, prevalência de sofrimento mental e vulnerabilidades específicas da população LGBTQIAPN+ negra, os estudantes foram levados a confrontar narrativas naturalizadas de neutralidade da prática médica [7-9].

O processo evidenciou que o racismo institucional se manifesta não apenas em atitudes individuais explícitas, mas também em práticas cotidianas, como o acesso tardio ao pré-natal, a peregrinação no parto, a subvalorização da dor e o menor acolhimento de demandas em saúde mental. Ao traduzir esses dados em linguagem visual, o grupo percebeu o potencial do infográfico como ferramenta de sensibilização e educação em saúde, capaz de dialogar com públicos diversos.

Outro aspecto relevante foi a incorporação do conceito de interseccionalidade, que permitiu aos estudantes compreenderem que as desigualdades em saúde não operam de forma isolada. Mulheres negras, pessoas negras LGBTQIAPN+ e jovens negros experienciam vulnerabilidades ampliadas, resultantes da sobreposição de marcadores sociais de diferença.

Essa compreensão deslocou leituras simplistas e reforçou a necessidade de uma abordagem integral e contextualizada do cuidado.

3 DISCUSSÃO

A experiência relatada evidencia que a elaboração do infográfico *“Preconceito adoce: um olhar crítico sobre o impacto do racismo na saúde no Brasil”* constitui não apenas um exercício de síntese informacional, mas um dispositivo pedagógico de problematização crítica do processo saúde-doença. Ao traduzir dados epidemiológicos e conceitos teóricos em linguagem visual acessível, o infográfico rompe com abordagens meramente conteudistas e favorece uma aprendizagem significativa, sensível às desigualdades sociais que atravessam a prática médica [9,10].

Do ponto de vista da educação médica, a atividade dialoga com perspectivas contemporâneas que defendem a incorporação dos determinantes sociais da saúde e da equidade como eixos estruturantes da formação profissional. O racismo estrutural, frequentemente naturalizado ou invisibilizado nos currículos tradicionais, emerge no infográfico como um fator concreto, mensurável e produtor de sofrimento, evidenciado por indicadores de maior mortalidade materna, maior prevalência de sofrimento mental e maior vulnerabilidade ao HIV entre populações negras e negras LGBTQIAPN+ [9]. Essa visualização contribui para deslocar interpretações individualizantes do adoecimento e reforça a compreensão do racismo como um fenômeno institucional e sistêmico [11].

A elaboração desse recurso audiovisual insere-se de forma consistente no campo das metodologias ativas de ensino-aprendizagem, ao deslocar o estudante de uma posição passiva de receptor de conteúdos para o papel de sujeito produtor de conhecimento crítico [12]. Ao exigir pesquisa, seleção de evidências, síntese conceitual e tradução visual de dados complexos, a atividade promove aprendizagem significativa, colaborativa e contextualizada. Nesse sentido, do ponto de vista pedagógico, o infográfico funciona como um dispositivo problematizador, alinhado à metodologia da problematização [13,14], na medida em que parte da observação da realidade concreta, que expressa em dados epidemiológicos e em desigualdades racialmente marcadas para suscitar reflexão crítica sobre os determinantes sociais do processo saúde-doença. Essa abordagem favorece a superação de leituras biologicistas e individualizantes, historicamente predominantes na formação médica, estimulando a análise das condições estruturais que produzem iniquidades em saúde.

A atividade realizada também se articula com princípios da aprendizagem baseada em projetos, uma vez que os estudantes são desafiados a construir coletivamente um produto educacional com finalidade social e comunicacional definida. O processo envolve tomada de decisões, negociação de sentidos, corresponsabilização entre os integrantes do grupo e compromisso ético com a fidedignidade científica das informações divulgadas. Esses elementos contribuem para o desenvolvimento de competências fundamentais à prática médica, como trabalho em equipe, pensamento crítico e responsabilidade social [15].

No âmbito da formação antirracista, o infográfico atua como ferramenta de conscientização e de desnaturalização do racismo institucional presente nas práticas de saúde. Ao explicitar que o preconceito adoce e ao evidenciar seus efeitos mensuráveis em desfechos como mortalidade materna, sofrimento mental e vulnerabilidades interseccionais, o material rompe com a falsa neutralidade da medicina e convoca os estudantes a reconhecerem o racismo como um determinante social da saúde que atravessa suas futuras práticas profissionais [16,17]. A incorporação desse relevante conceito de interseccionalidade amplia ainda mais o potencial formativo da atividade, ao permitir que os estudantes compreendam como raça, gênero, classe e sexualidade se articulam na produção de desigualdades. Essa perspectiva é central para uma formação antirracista crítica, pois impede abordagens fragmentadas ou hierarquizadas das opressões e favorece uma compreensão mais complexa e ética do cuidado em saúde.

Além disso, o infográfico pode ser utilizado como disparador de discussões críticas em rodas de conversa, seminários dialogados ou análise de casos, estimulando a reflexão sobre situações concretas da prática clínica em que o racismo se manifesta de forma explícita ou velada. Nessas atividades, o material favorece a construção coletiva de sentidos e a problematização de atitudes, discursos e rotinas institucionais, contribuindo para o desenvolvimento de uma postura profissional sensível às desigualdades e comprometida com a equidade.

A escolha dos três eixos temáticos (saúde materno-infantil, saúde mental e

vulnerabilidades da população LGBTQIAPN+ negra) revelou-se particularmente potente ao explicitar a lógica interseccional das iniquidades em saúde. A articulação entre raça, gênero, sexualidade e classe social permitiu aos estudantes compreenderem que as desigualdades não operam de forma aditiva, mas se entrecruzam, produzindo vulnerabilidades específicas e agravadas. Tal abordagem amplia o olhar clínico e formativo, evitando generalizações e favorecendo práticas de cuidado mais contextualizadas, éticas e responsivas às singularidades dos sujeitos [16].

Outro aspecto relevante diz respeito ao uso do infográfico como tecnologia pedagógica leve, no sentido proposto pela literatura da saúde coletiva, ao privilegiar comunicação, vínculo e produção de sentidos. Diferentemente de materiais puramente informativos, o infográfico produzido convoca à reflexão crítica ao afirmar, de forma explícita, que “o preconceito adocece”, rompendo com a falsa neutralidade do discurso biomédico. Nesse sentido, o recurso visual atua como mediador do debate em sala de aula, favorecendo rodas de conversa, análise crítica de casos e discussões ético-políticas sobre o papel do médico no enfrentamento do racismo institucional [18].

Adicionalmente, a experiência reforça o potencial dos projetos pedagógicos que integram produção criativa, pesquisa bibliográfica e reflexão social. O processo colaborativo de construção do material estimulou o protagonismo discente, o trabalho em equipe e a corresponsabilização pelo aprendizado, alinhando-se às metodologias ativas e às diretrizes curriculares nacionais que preconizam uma formação humanista, crítica e comprometida com o SUS. Assim, o infográfico ultrapassa a função avaliativa e se consolida como um recurso educativo com potencial de uso em diferentes contextos formativos e extensionistas [19-20].

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração do infográfico “*Preconceito adocece: um olhar crítico sobre o impacto do racismo na saúde no Brasil*” demonstrou-se uma estratégia pedagógica potente para a abordagem das desigualdades étnico-raciais na formação médica. A experiência possibilitou aos estudantes compreenderem o racismo estrutural como um determinante central do processo saúde-doença, deslocando leituras biologizantes e individualizantes do adoecimento para uma perspectiva crítica, histórica e socialmente situada.

O relato evidencia que recursos visuais críticos, quando fundamentados teoricamente e articulados a dados epidemiológicos confiáveis, contribuem para a sensibilização ética, o desenvolvimento do pensamento crítico e o fortalecimento do compromisso social dos futuros profissionais de saúde. Ao sintetizar informações complexas em uma linguagem acessível, o infográfico amplia o alcance do debate e favorece sua utilização tanto em contextos acadêmicos quanto em ações educativas e extensionistas.

Do ponto de vista institucional, a experiência reforça a importância de inserir, de forma estruturada e contínua, estratégias de educação antirracista nos currículos da graduação em Medicina. A abordagem da diversidade étnico-racial não deve ser periférica ou pontual, mas integrada aos conteúdos clínicos, às práticas de cuidado e à reflexão ética sobre o exercício profissional. Nesse sentido, o infográfico constitui um exemplo concreto de como materiais pedagógicos podem contribuir para a transversalização do tema da equidade em saúde.

Conclui-se, portanto, que a experiência relatada está alinhada aos princípios do Sistema Único de Saúde, especialmente os da equidade, integralidade e participação social. O material produzido reafirma que enfrentar o racismo na saúde é uma responsabilidade coletiva e um compromisso ético-político da formação médica. Espera-se que este relato incentive a adoção de práticas pedagógicas semelhantes, capazes de formar profissionais mais sensíveis, críticos e comprometidos com a construção de uma medicina socialmente justa e culturalmente competente. A experiência realizada na disciplina de Diversidade Étnica e Cultural na Medicina, da grade curricular do curso do Centro de Ciências Médicas, evidencia que metodologias ativas associadas à produção de recursos educativos críticos constituem estratégias potentes para a formação antirracista na graduação em Medicina. Ao integrar ciência, ética e compromisso social, o infográfico contribui para a construção de uma prática médica mais reflexiva, humanizada e alinhada aos princípios do Sistema Único de Saúde, especialmente o da equidade.

REFERÊNCIAS

1. Barbosa AC, Oliveira SS, Oliveira RG. Vulnerabilidades mediando o encontro do cuidado em saúde: por uma agência interseccional. *Cien Saude Colet.* 2024;29(7):e04352024. doi:10.1590/1413-81232024297.04352024.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico HIV/AIDS 2023. Brasília: Ministério da Saúde; 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/boletins-epidemiologicos>. Acesso em: 21 set. 2025.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2017. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/politica-nacional-de-saude-integral-da-populacao-negra/>.
4. Crenshaw K. Mapping the margins: intersectionality, identity politics, and violence against women of color. *Stanford Law Rev.* 1991;43(6):1241-1299. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/1229039>.
5. Ferreira BO, Mendonça MS, Pelúcio L. Mental health and intersectionality: vulnerabilities among LGBTQIA+ populations in Brazil. *Cad Saude Publica.* 2023;39(6):e00236421. doi:10.1590/0102-311XPT236421.
6. Grinsztejn B, et al. HIV prevalence among transgender women in two Brazilian cities: results from respondent-driven sampling surveys using a structured diagnostic test. *BMC Public Health.* 2019;19(1):1019. doi:10.1186/s12889-019-7315-2.
7. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA); Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Atlas da Violência 2023. Brasília: IPEA; 2023. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/>
8. Lopes F, et al. Iniquidades raciais em saúde no Brasil: avanços e desafios. *Cien Saude Colet.* 2022;27(6):2069-2082. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/MKqpWqnWsW6Lz7xDkRPhNqF/>
9. Marques Junior JS. LGBT+ negras: conhecimento e políticas em revista. *Synthesis (Rio J).* 2019;9(1):17-27. doi:10.12957/synthesis.2016.42201. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/synthesis/article/view/42201>. Acesso em: 21 set. 2025.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Morte de mães negras é duas vezes maior que de brancas, aponta pesquisa. Brasília: Ministério da Saúde; 23 nov. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/novembro/morte-de-maes-negras-e-duas-vezes-maior-que-de-brancas-aponta-pesquisa>. Acesso em: 21 set. 2025.
11. Miskolci R, et al. Desafios da saúde da população LGBTI+ no Brasil: uma análise do cenário por triangulação de métodos. *Cien Saude Colet.* 2022;27(10):3799-3812. doi:10.1590/1413-812320222710.06602022. Acesso em: 21 set. 2025.
12. Paula MO. A interseccionalidade enquanto ferramenta analítica aplicada à interpretação da saúde: enfoque sobre as desigualdades em saúde à luz da diversidade e identidade. *Saude Soc.* 2024;33(4):e230828pt. doi:10.1590/S0104-12902024230828pt.
13. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis.* 2004;14(1):41-65. Disponível em: <https://www.cepesc.org.br/wp-content/uploads/2013/08/miolo-livro-ricardo.pdf>
14. Freire P. *Pedagogia do oprimido.* 17ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1987.
15. Berbel NAN. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? *Interface (Botucatu).* 1998;2(2):139-154. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/BBqnRMcdxXyvNSY3YfztH9J/?format=pdf&lang=pt>
16. Ayres JRCM. Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS-UERJ; 2004. Disponível em: <https://www.cepesc.org.br/wp-content/uploads/2013/08/miolo-livro-ricardo.pdf>
17. Werneck J. Racismo institucional e saúde da população negra. *Saude Soc.* 2016;25(3):535-549. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/bJdS7R46GV7PB3wV54qW7vm/?format=pdf&lang=pt>
18. Crenshaw K. Mapping the margins: intersectionality, identity politics, and violence against women of color. *Stanford Law Rev.* 1991;43(6):1241-1299. Disponível em: <https://blogs.law.columbia.edu/critique1313/files/2020/02/1229039.pdf>
19. Rocon PC, Wandekoken KD, Barros MEB, Duarte MJO, Sodré F. Acesso à saúde pela

Edição Temática: Diversidade Étnica e Cultural na Medicina: Saberes, Práticas e Desafios Contemporâneos

- população trans no Brasil: nas entrelinhas da revisão integrativa. *Trab Educ Saude*. 2022;18(1):e00234. doi:10.1590/1981-7746-sol00234. Disponível em: <https://www.tes.epsjv.fiocruz.br/index.php/tes/article/view/725>. Acesso em: 21 set. 2025.
20. World Health Organization. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Geneva: WHO; 2008. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241563703>
21. Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Saúde: número de pessoas que possuem algum plano de saúde médico ou odontológico. Brasília; 2023. Disponível em: <https://cedra.org.br/conjuntos-de-dados/numero-de-pessoas-que-possuem-de-algum-plano-de-saude-medico-ou-odontologico/> Acesso em: 20 set. 2023.



Esta obra está licenciado com uma Licença [Creative Commons Atribuição-NãoComercial 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).

PREVENÇÃO DO CÂNCER DE MAMA COMO QUESTÃO CRÍTICA DE GÊNERO: DIVERSIDADE, DIREITOS E INIQUIDADES

*BREAST CANCER PREVENTION AS A CRITICAL GENDER
ISSUE: DIVERSITY, RIGHTS, AND INEQUALITIES*



e-ISSN 2525-5851
Centro de Ciências
Médicas/UFPB

**Emmanuel Barbosa Sobral
Menezes
Flávio Joel de Souza
Isadora Mayza de Andrade
Moura
Maria Klara Pontes Ribeiro
Felipe
Thalison Ryan Belizio
Gomes**
Estudantes de Graduação em
Medicina da Universidade
Federal da Paraíba (UFPB)

**Contato para
correspondência:**
flavio.souza@academico.ufpb.br

RESUMO

Objetivo: Apresentar uma reflexão crítica a partir da experiência de elaboração de um folder educativo por estudantes da disciplina Diversidade Étnica e Cultural na Medicina da Universidade Federal da Paraíba, problematizando a prevenção do câncer de mama como prática social e política. **Descrição da experiência:** Foi elaborado um folder educativo, no formato tríptico, como tecnologia educacional impressa voltada à promoção da saúde e à prevenção do câncer de mama no contexto das ações do Outubro Rosa. O material foi fundamentado nos princípios da educação em saúde crítica, da comunicação em saúde e da perspectiva de gênero e diversidade, superando abordagens exclusivamente informativas. Organizado em blocos temáticos interdependentes, o folder combinou informações técnico-científicas, linguagem acessível e elementos visuais simbólicos. A mensagem central “Outubro Rosa é todo dia” foi utilizada para afirmar a prevenção como prática contínua e direito em saúde, reforçando seu caráter ético e político ao articular cuidado, equidade e cidadania. **Discussão:** A análise evidencia que o acesso à informação, ao rastreamento e ao cuidado não se distribui de forma equânime, afetando de maneira desproporcional mulheres negras, populações em situação de vulnerabilidade social e pessoas trans e não binárias designadas mulheres ao nascer. Defende-se que estratégias educativas, quando orientadas por uma perspectiva interseccional, podem atuar como dispositivos de enfrentamento das iniquidades em saúde e como ferramentas formativas para uma medicina comprometida com os direitos humanos, a equidade e a justiça social. **Considerações finais:** A elaboração do folder educativo sobre câncer de mama como uma questão crítica de gênero, atravessada por desigualdades raciais, sociais e identitárias, constituiu uma experiência formativa relevante, ao integrar educação em saúde, diversidade de gênero e reflexão sobre desigualdades étnico-raciais. A prevenção do câncer de mama, não pode ser tratada exclusivamente como uma ação técnica e biomédica, mas também uma questão crítica de gênero, atravessada por desigualdades raciais, socioeconômicas e por disputas em torno do reconhecimento de identidades e direitos.

Palavras-Chave: Câncer de mama; Gênero e saúde; Iniquidades em saúde; Direitos em saúde Prevenção em saúde; Educação médica.

Submetido em: 15/08/2025

Aceito em: 25/09/2025

Publicado em: 27/12/2025

Como citar este artigo: Menezes EBS, Souza FJ, Moura IMA, Felipe MKPR, Gomes TRB. Prevenção do câncer de mama como questão crítica de gênero: diversidade, direitos e iniquidades. Rev Med Pesq. 2025;6(3): 9- 17.

ABSTRACT

Objective: To present a critical reflection based on the experience of creating an educational brochure by students of the Ethnic and Cultural Diversity in Medicine course at the Federal University of Paraíba, **problematizing breast cancer prevention as a social and political practice.** Description of the experience: An educational brochure, in triptych format, was created as a printed educational technology aimed at promoting health and preventing breast cancer in the context of the Pink October campaign. The material was based on the principles of critical health education, health communication, and a gender and diversity perspective, going beyond exclusively informative approaches. Organized into interdependent thematic blocks, the brochure combined technical-scientific information, accessible language, and symbolic visual elements. The central message "Pink October is every day" was used to affirm prevention as a continuous practice and a health right, reinforcing its ethical and political character by articulating care, equity, and citizenship. **Discussion:** The analysis shows that access to information, screening, and care is not distributed equitably, disproportionately affecting Black women, populations in situations of social vulnerability, and transgender and non-binary people assigned female at birth. It is argued that educational strategies, when guided by an intersectional perspective, can act as devices for addressing health inequities and as formative tools for a medicine committed to human rights, equity, and social justice. **Final considerations:** The development of the educational brochure on breast cancer as a critical gender issue, intersected by racial, social, and identity inequalities, constituted a relevant formative experience, integrating health education, gender diversity, and reflection on ethnic-racial inequalities. Breast cancer prevention cannot be treated exclusively as a technical and biomedical action, but also as a critical gender issue, intersected by racial and socioeconomic inequalities and disputes surrounding the recognition of identities and rights.

Key-words: Breast cancer; Gender and health; Health inequities; Health rights; Health prevention; Medical education.

1 INTRODUÇÃO

A prevenção do câncer de mama ocupa lugar central nas políticas públicas de saúde e nas campanhas de conscientização no Brasil, especialmente no contexto do Outubro Rosa. No entanto, a forma como essa prevenção é concebida e operacionalizada frequentemente desconsidera as profundas desigualdades que estruturam o acesso à informação, ao diagnóstico precoce e ao tratamento [1]. Longe de constituir apenas uma questão técnica em saúde, a prevenção do câncer de mama revela-se como um campo atravessado por relações de poder, marcadores sociais da diferença e disputas em torno do direito à saúde.

No Brasil, o câncer de mama é o tipo de câncer mais incidente entre mulheres, com estimativas superiores a 70 mil novos casos anuais [2,3]. Apesar dos avanços científicos, persistem importantes assimetrias nos desfechos da doença, particularmente no que se refere à mortalidade de mulheres negras e ao diagnóstico tardio em grupos socialmente vulnerabilizados. Tais desigualdades apontam para a insuficiência de abordagens universalizantes que ignoram os contextos sociais, raciais e culturais nos quais o adoecimento ocorre [4].

Além disso, a prevenção do câncer de mama tem sido historicamente construída a partir de uma noção restrita de "mulher", ancorada em pressupostos cisnormativos e biologizantes, que invisibilizam homens trans e pessoas não binárias designadas mulheres ao nascer que mantêm as mamas. Essa exclusão simbólica e institucional produz barreiras adicionais ao cuidado e reforça processos de estigmatização e negligência em saúde [5].

O objetivo deste trabalho é refletir criticamente sobre a prevenção do câncer de mama como uma questão de gênero, diversidade e direitos, a partir da experiência de elaboração de um folder educativo por estudantes de medicina, analisando suas potencialidades como estratégia de educação em saúde e formação médica comprometida com a equidade.

2 DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

Um folder educativo foi desenvolvido como uma tecnologia educacional impressa, no formato tríptico, voltada à promoção da saúde e prevenção do câncer de mama, no contexto das ações do Outubro Rosa. Sua concepção baseou-se em princípios da educação em saúde crítica, da comunicação em saúde e da perspectiva de gênero e diversidade, buscando ultrapassar abordagens meramente informativas e normativas.

O material foi organizado em blocos temáticos interdependentes, combinando informações técnico-científicas, linguagem acessível, elementos visuais simbólicos e mensagens de valorização da vida e do cuidado, com o objetivo de favorecer a compreensão, a reflexão e o engajamento do público-alvo. O produto técnico final está representado graficamente nas Figuras 1 e 2.

Figura 1. Folder educativo (frente) “Outubro Rosa é todo dia: prevenindo o câncer de mama com informação, direitos e inclusão”



Figura 2. Folder educativo (verso) “Outubro Rosa é todo dia: prevenindo o câncer de mama com informação, direitos e inclusão”



Fonte: Os Autores (2025)

O conteúdo foi criado com intencionalidade pedagógica no contexto na diversidade em saúde. Na face externa (frente), a mensagem central “Outubro Rosa é todo dia” foi utilizada como estratégia discursiva para desnaturalizar a ideia de prevenção restrita a campanhas pontuais, enfatizando o cuidado como prática contínua e como direito em saúde. A mensagem central foi acompanhada da imagem de um braço segurando o laço rosa, símbolo internacional da conscientização sobre o câncer de mama. O texto reforça o caráter ético e político da prevenção ao afirmar que “cuidar da saúde é um direito” e que prevenir também é um ato de equidade, deslocando a campanha de uma lógica pontual para uma compreensão contínua do cuidado. A escolha de uma linguagem afirmativa e inclusiva buscou reforçar a dimensão ética e política da prevenção, articulando saúde, cidadania e equidade. A frente do folder apresenta-se como um tríptico informativo com identidade visual vinculada à campanha Outubro Rosa, utilizando paleta em tons de rosa e elementos gráficos simbólicos do cuidado, da diversidade e da equidade em saúde.

No painel esquerdo, o conteúdo aborda quem deve realizar mamografia periodicamente, apresentando as diretrizes do SUS para mulheres cisgênero entre 50 e 69 anos, com rastreamento a cada dois anos. De forma explícita, o material incorpora uma perspectiva de gênero, afirmando que homens trans e pessoas não binárias, designadas mulheres ao nascer e que mantêm tecido mamário, também devem ser incluídas nas estratégias de rastreamento, com respeito à identidade de gênero, ao nome social e à escuta qualificada nos serviços de saúde. O painel também esclarece que o autoexame não substitui a mamografia, ressaltando seu papel complementar no autoconhecimento corporal.

No painel direito, o folder apresenta o tema “Outubro Rosa: prevenindo o câncer de mama”, articulando prevenção com inclusão, respeito às diversidades e enfrentamento das desigualdades de gênero, raça e acesso aos serviços de saúde. A presença de ilustrações representando mulheres diversas e símbolos de gênero reforça visualmente a mensagem de pluralidade e inclusão. O rodapé institucional identifica o vínculo com o Centro de Ciências Médicas (CCM/UFPB), situando o material no âmbito acadêmico com parte das atividades da disciplina de Diversidade Étnica e Cultural na Medicina, reafirmando o compromisso do projeto pedagógico do curso com a promoção da saúde baseada em direitos, diversidade e justiça social.

No bloco “Quem deve fazer mamografia periodicamente?”, o folder apresenta as recomendações oficiais do Sistema Único de Saúde (SUS) para rastreamento mamográfico, ao mesmo tempo em que incorpora explicitamente pessoas historicamente invisibilizadas nas políticas de prevenção, como homens trans e pessoas não binárias que mantêm tecido mamário. Essa inclusão não se restringe a um ajuste terminológico, mas expressa uma posição crítica frente às normativas biomédicas centradas exclusivamente na categoria “mulher”, problematizando a relação entre corpo, gênero e acesso aos serviços de saúde.

O verso do folder aprofunda a abordagem educativa e crítica, organizando o conteúdo em três colunas temáticas. Na coluna esquerda, intitulada “Saúde para todas as pessoas”, o material afirma que mulheres cisgênero, homens trans e pessoas não binárias com tecido mamário têm direito ao rastreamento mamográfico pelo SUS. São destacados princípios fundamentais do cuidado em saúde, como respeito ao nome social e à identidade de gênero, rastreamento sem discriminação ou constrangimentos e cuidado acolhedor e qualificado, reforçando a dimensão dos direitos humanos na atenção à saúde. Na coluna central, sob o título “Direitos em saúde e acesso pelo SUS”, o folder explicita que o acesso ao cuidado é um direito garantido pelo Sistema Único de Saúde. São apresentadas informações objetivas sobre a gratuidade da mamografia, os critérios éticos para rastreamento e o acesso à Unidade Básica de Saúde como porta de entrada do sistema. Reitera-se que o autoexame não substitui a mamografia, reforçando a importância do cuidado integral e da atenção profissional.

Na coluna direita, intitulada “Desigualdades de gênero e raça”, o folder adota uma abordagem interseccional ao evidenciar que mulheres negras, periféricas, indígenas, pessoas trans e em situação de vulnerabilidade social enfrentam maiores barreiras no acesso à prevenção e ao diagnóstico, resultando frequentemente em detecção tardia e piores desfechos em saúde. O texto explicita a presença do racismo, do machismo, da transfobia e da exclusão estrutural como determinantes sociais da saúde, concluindo com a afirmação de que prevenir também é lutar por equidade.

A explicitação de que o autoexame não substitui a mamografia foi acompanhada de uma abordagem não culpabilizante, valorizando o autoconhecimento corporal sem transferir para o indivíduo a responsabilidade exclusiva pela detecção precoce, o que se alinha a uma crítica à

medicalização e ao discurso individualizante do risco.

Ao apresentar dados sobre a magnitude do câncer de mama no Brasil, o folder introduz uma leitura interseccional das desigualdades em saúde, destacando que mulheres negras, periféricas, indígenas e pessoas trans enfrentam maiores barreiras de acesso à prevenção, diagnóstico e tratamento. Essa estratégia discursiva desloca o foco do risco exclusivamente biológico para uma compreensão ampliada dos determinantes sociais da saúde, reforçando a necessidade de políticas e práticas mais equitativas.

No bloco sobre fatores de risco, além dos aspectos comportamentais e biológicos, o material evidencia iniquidades raciais e de gênero, ao mencionar a maior frequência de subtipos agressivos e diagnósticos tardios entre mulheres negras. Tal abordagem contribui para romper com narrativas universalizantes, promovendo uma leitura crítica da epidemiologia e de seus atravessamentos sociais.

A descrição dos sinais e sintomas foi organizada de forma clara e objetiva, priorizando a legibilidade e a utilidade prática, sem recorrer a termos alarmistas. O convite explícito à busca por atendimento reforça o papel dos serviços de saúde como espaços de acolhimento, e não apenas de diagnóstico, dialogando com os princípios da Política Nacional de Humanização.

Nos blocos finais, ao abordar prevenção, mamografia e acesso aos serviços, o folder enfatiza que o cuidado deve ser realizado com respeito à identidade de gênero, ao nome social e à escuta qualificada, reafirmando o direito a um atendimento livre de discriminação. Dessa forma, o material ultrapassa a função informativa e se configura como um instrumento de advocacy em saúde, ao explicitar direitos e estimular a autonomia dos sujeitos.

3 DISCUSSÃO

Enquanto tecnologia educativa, o folder mostrou-se um recurso potente para ações de educação em saúde em contextos comunitários, acadêmicos e institucionais, podendo ser utilizado tanto de forma autônoma quanto articulado a rodas de conversa, atendimentos coletivos e atividades extensionistas. Sua elaboração e utilização favoreceram a reflexão crítica dos envolvidos acerca das relações entre gênero, corpo, cuidado e acesso à saúde, contribuindo também para a formação ética e humanística de estudantes da área da saúde. Nessa perspectiva, a experiência pedagógica demonstrou que a produção de materiais educativos, quando orientada por uma perspectiva crítica e interseccional, pode atuar como dispositivo pedagógico e político, ampliando o alcance das ações de prevenção do câncer de mama e promovendo práticas de cuidado mais inclusivas, equitativas e humanizadas [10,11].

O folder educativo “Outubro Rosa é todo dia”, elaborado nesta experiência, pode ser compreendido como uma tecnologia educacional em saúde que ultrapassa a função meramente informativa, configurando-se como um dispositivo pedagógico, comunicacional e político. Ao incorporar explicitamente a perspectiva crítica de gênero, diversidade e equidade, o material dialoga com abordagens contemporâneas da promoção da saúde, que compreendem o cuidado como um fenômeno socialmente situado e atravessado por relações de poder, desigualdades estruturais e determinantes sociais da saúde. A própria opção afirmativa de que “Outubro Rosa é todo dia” tensiona a lógica de campanhas pontuais e episódicas, frequentemente criticadas na literatura por reduzirem a prevenção a ações simbólicas e descontextualizadas. Essa estratégia discursiva aproxima-se do entendimento de que a promoção da saúde deve ser contínua, territorializada e integrada às práticas cotidianas dos serviços, conforme proposto pela Organização Mundial da Saúde e pelas diretrizes do SUS, especialmente no campo da educação em saúde crítica [12].

A inclusão explícita de homens trans e pessoas não binárias com tecido mamário no público-alvo do rastreamento mamográfico representa um deslocamento epistemológico relevante frente às abordagens biomédicas tradicionais, que tendem a naturalizar o corpo feminino cisgênero como único locus da prevenção do câncer de mama. Tal escolha dialoga com a literatura que problematiza a cisnormatividade nos serviços de saúde e aponta como a invisibilização de identidades dissidentes de gênero produz barreiras simbólicas e institucionais ao acesso ao cuidado, contribuindo para iniquidades em saúde [14].

Além disso, o folder incorpora uma leitura interseccional das desigualdades, ao evidenciar que mulheres negras, periféricas, indígenas, pessoas trans e em situação de vulnerabilidade social enfrentam maiores obstáculos no acesso à prevenção, ao diagnóstico precoce e ao tratamento do câncer de mama. Essa abordagem está alinhada às contribuições de autoras e autores que compreendem raça, gênero e classe como eixos estruturantes das iniquidades em saúde,

deslocando o foco exclusivo do risco individual para os contextos sociais, históricos e institucionais que produzem adoecimento e morte evitáveis [5,8,12,14].

Do ponto de vista da comunicação em saúde, o material buscou evitar discursos moralizantes e/ou culpabilizantes, especialmente ao tratar do autoexame, do estilo de vida e dos fatores de risco. Ao reconhecer limites estruturais ao acesso ao cuidado, o folder se afasta de uma pedagogia normativa e se aproxima de uma educação em saúde dialógica, inspirada em pressupostos freireanos, que valorizam a autonomia, o respeito aos sujeitos e a construção compartilhada de sentidos sobre o cuidado [15]. Por outro lado, a explicitação de direitos — como o acesso gratuito à mamografia pelo SUS, o respeito ao nome social e a exigência de atendimento humanizado — reforça o caráter do folder como instrumento de advocacy em saúde, alinhado à Política Nacional de Humanização e às discussões sobre clínica ampliada [16]. Nesse sentido, o material contribui não apenas para a conscientização da população, mas também para a formação crítica de estudantes e profissionais da saúde, ao explicitar que prevenir o câncer de mama é inseparável do enfrentamento ao racismo, ao machismo, à transfobia e às desigualdades de acesso aos serviços de saúde [17].

Assim, a experiência relatada demonstra que a produção e utilização de folders educativos, quando orientadas por uma perspectiva crítica e interseccional, podem fortalecer práticas de promoção da saúde comprometidas com a equidade, a justiça social e os princípios do SUS, ampliando o alcance pedagógico e político das ações educativas em saúde. Neste sentido, a inclusão de pessoas trans e não binárias no debate sobre câncer de mama também evidencia a dimensão política da prevenção. A ausência de reconhecimento dessas identidades nos serviços de saúde compromete o acesso ao rastreamento, produz constrangimentos e afasta usuários dos cuidados preventivos. Assim, prevenir implica, necessariamente, garantir ambientes de cuidado livres de discriminação, capazes de acolher a diversidade de corpos e identidades. Neste sentido, salienta-se que o rastreamento do câncer de mama em pessoas transgênero representa um desafio ainda pouco explorado, marcado por lacunas de conhecimento e barreiras estruturais no sistema de saúde [18].

Portanto, e por essas razões, a experiência de elaboração do folder revelou-se potente não apenas como estratégia de educação em saúde voltada à comunidade, mas também como dispositivo formativo na educação médica. Ao articular conhecimento biomédico com determinantes sociais da saúde, a atividade favoreceu o desenvolvimento de uma postura crítica, sensível às iniquidades e comprometida com os princípios do SUS. Nesse sentido, a prevenção do câncer de mama, quando abordada sob uma perspectiva de gênero e direitos, torna-se um campo privilegiado para questionar modelos biomédicos reducionistas e promover uma clínica ampliada, orientada pela equidade. A formação médica, ao incorporar esse tipo de abordagem, contribui para a construção de profissionais capazes de reconhecer e enfrentar desigualdades, indo além da mera aplicação de protocolos.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração do folder educativo sobre câncer de mama como uma questão crítica de gênero, atravessada por desigualdades raciais, sociais e identitárias, constituiu uma experiência formativa relevante, ao integrar educação em saúde, diversidade de gênero e reflexão sobre desigualdades étnico-raciais. Em conjunto, frente e verso configuram o folder como uma tecnologia educativa em saúde que ultrapassa o caráter informativo tradicional, articulando prevenção do câncer de mama, comunicação em saúde, direitos, gênero e equidade. O material promove não apenas a conscientização sobre o rastreamento mamográfico, mas também a reflexão crítica sobre quem acessa o cuidado, em que condições e sob quais barreiras, alinhando-se aos princípios do SUS, da educação em saúde crítica e da formação humanística em saúde.

O trabalho evidencia que estratégias pedagógicas baseadas em metodologias ativas podem contribuir significativamente para a formação de profissionais mais críticos, éticos e socialmente comprometidos. Mais do que transmitir informações, o material buscou estimular o autocuidado, ampliar o acesso ao conhecimento e promover a equidade no cuidado em saúde. Nesse sentido, iniciativas semelhantes devem ser incentivadas na formação médica, fortalecendo práticas educativas alinhadas aos princípios do SUS, da justiça social e da atenção integral à saúde da mulher em sua pluralidade.

REFERÊNCIAS

1. Dias NC. O câncer de mama e a saúde da “mulher”: a campanha Outubro Rosa e as políticas públicas de prevenção em torno do corpo “feminino”. In: Anais do 33º Simpósio Nacional de História (SNH 2025); 13–18 jul 2025; Belo Horizonte, Brasil. Belo Horizonte: ANPUH; 2025. p. 1-10.
2. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Câncer de mama [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2024 [citado 2025 set 15]. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/tipos/mama>
3. Instituto Nacional de Câncer (INCA). INCA investiga por que há mais casos de câncer de mama agressivo nas brasileiras negras [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2024 out 2 [citado 2025 set 15]. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/noticias/2024/inca-investiga-por-que-ha-mais-casos-de-cancer-de-mama-agressivo-nas-brasileiras-negras>
4. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Folder câncer de mama [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2024 [citado 2025 set 15]. Disponível em: <https://ninho.inca.gov.br/jspui/bitstream/123456789/16925/2/Folder%20c%C3%A2ncer%20de%20Mama-Web.pdf>
5. Soares LHM. La misma nota, forever e Las biuty queens: travestilidades em trânsito nas narrativas de Iván Monalisa Ojeda [tese]. São José do Rio Preto: Universidade Estadual Paulista (UNESP), Instituto de Biociências, Letras e Ciências Exatas; 2024. 252 p. Disponível em: https://www.academia.edu/117183694/La_misma_not_a_forever_e_Las_biuty_queens_Travestilidades_em_tr%C3%A2nsito_nas_narrativas_de_Iv%C3%A1n_Monalisa_Ojeda
6. Miranda JFO, Amâncio AM, Rodrigues GAP, Cardoso BO, Figueiredo PVS, Batista JAA, et al. Folder educativo como estratégia de promoção e prevenção em saúde coletiva: vacinas no contexto pandêmico. *Contribuciones a Las Ciencias Sociales*. 2024;17(1):8832-47. doi:10.55905/revconv.17n.1-533. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/378065819_Folder_educativo_como_estrategia_a_de_promocao_e_prevencao_em_saude_coletiva_vacinas_no_contexto_pandemico
7. Brasil. Ministério da Saúde. Caderno de educação popular em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_educacao_popular_saude_p1.pdf
8. Benigno GGF, Cordeiro JH. Folder educativo como tecnologia leve-dura para promoção do acesso à informação e acolhimento da população trans em um ambulatório especializado. *Rev. Inic. Pesq. Psicol. Marília* [Internet]. 2024 [citado 2025 dez 31];4(2):e17953. Disponível em: <https://revistas.marilia.unesp.br/index.php/RIPPMAR/article/view/17953/20288>
8. Crenshaw K. Intersectionality: more than two decades later [Internet]. New York: Columbia Law School; 2017 [citado 2025 set 17]. Disponível em: <https://www.law.columbia.edu/news/archive/kimberle-crenshaw-intersectionality-more-two-decades-later>
9. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2018.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
11. Barbosa AC, Oliveira SS, Oliveira RG. Vulnerabilidades mediando o encontro do cuidado em saúde: por uma agência interseccional. *Cien Saude Colet*. 2024;29(7):e04352024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/tVg5R9w4RYD3QXCjqdQJgHK/?format=pdf&lang=pt>
12. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção integral à saúde da população trans. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
13. Paiva CR, Farah BF, Duarte MJ de O. A rede de cuidados à saúde para a população transexual. *Physis* [Internet]. 2023;33:e33001. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0103-7331202333001>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/LyTFNLCx5T7S76ZCJrMFWWk/?format=pdf&lang=pt>
14. Freire P. Pedagogia do oprimido. 50ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2011.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização: HumanizaSUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. Disponível em:

Edição Temática: Diversidade Étnica e Cultural na Medicina: Saberes, Práticas e Desafios Contemporâneos

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folhet_o.pdf

16. Cardoso PFG, Shimizu MA. Violência obstétrica e LGBTQIA+fobia: o entrelaçamento de opressões e violações. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2024;29(4):e20072023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232024294.20072023>
17. Lopes ALC, Cardoso LM, Felber BS, Billegas ALL. Desafios e perspectivas do rastreamento mamográfico em pessoas transgênero: inclusão, acessibilidade e protocolos clínicos. Arch. Health [Internet]. 2025 Aug. 14 [cited 2026 Jan. 1];6(4):e2946. Disponível em: <https://ojs.latinamericanpublicacoes.com.br/ojs/index.php/ah/article/view/2946>



Esta obra está licenciado com uma Licença [Creative Commons Atribuição-NãoComercial 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).

SAÚDE MENTAL DE MÃES SOLO: UM PODCAST EDUCATIVO COMO ESTRATÉGIA PEDAGÓGICA NA FORMAÇÃO MÉDICA

MENTAL HEALTH OF SINGLE MOTHERS: AN EDUCATIONAL PODCAST AS A PEDAGOGICAL STRATEGY IN MEDICAL TRAINING



e-ISSN 2525-5851
Centro de Ciências
Médicas/UFPB

RESUMO

Objetivos: Relatar a experiência de produção e utilização de um podcast educativo como produto técnico-pedagógico no contexto da disciplina Diversidade Étnica e Cultural na Medicina, com foco na problematização da saúde mental das mães solo a partir dos determinantes sociais da saúde e das desigualdades de gênero e raça. **Descrição da experiência:** Trata-se de um relato de experiência qualitativo, desenvolvido a partir da elaboração colaborativa do episódio “Uma luta silenciosa: a saúde mental das mães solo”, veiculado no podcast *DiversiCast*. O produto técnico-educativo foi construído por estudantes de graduação em medicina, sob orientação docente, a partir de levantamento de dados secundários, discussão teórica e construção narrativa. O episódio foi organizado em eixos temáticos que abordam maternidade solo, precarização do trabalho, jornada dupla e tripla, estigmatização social, racismo estrutural, sofrimento psíquico, redes de apoio, luto, culpa, resiliência, autocuidado e autoestima. O formato narrativo foi adotado como estratégia pedagógica para favorecer a escuta sensível, a empatia e a contextualização social do sofrimento. **Discussão:** O podcast mostrou-se um dispositivo pedagógico potente para deslocar explicações individualizantes do sofrimento mental, evidenciando seu caráter estrutural e socialmente produzido. A experiência contribuiu para ampliar a compreensão crítica dos estudantes acerca dos determinantes sociais da saúde mental das mães solo. Do ponto de vista formativo, o uso do podcast favoreceu o desenvolvimento de competências comunicacionais, empáticas e humanísticas, alinhadas às propostas das humanidades médicas e da educação em saúde comprometida com a equidade. **Considerações finais:** Conclui-se que o podcast educativo constituiu uma estratégia pedagógica relevante e replicável na formação médica, ao integrar narrativa, conhecimento científico e reflexão crítica. O produto técnico-educativo pode contribuir para a construção de um olhar clínico ampliado, ético e socialmente comprometido, reforçando a importância de abordagens interseccionais e do reconhecimento dos determinantes sociais na promoção da saúde mental das mães solo.

Palavras-Chave: Saúde mental; Maternidade solo; Determinantes sociais da saúde; Diversidade étnica e cultural; Educação médica.

Submetido em: 15/08/2025

Aceito em: 25/09/2025

Publicado em: 27/12/2025

Islanna dos Santos Lima
Maria Clara Moraes Ribeiro
Matheus Targino da Silva
Maria Eduarda Gomes
Salustino

Renan Morgan Kyrillos
Reis

Yaslanny Adrina Alves
Guedes

Estudantes de Graduação em
Medicina da Universidade
Federal da Paraíba (UFPB)

**Contato para
correspondência:**
matheustarginoprof@gmail.com

Como citar este artigo: Menezes EBS, Souza FJ, Moura IMA, Felipe MKPR, Gomes TRB. Prevenção do câncer de mama como questão crítica de gênero: diversidade, direitos e iniquidades. *Rev Med Pesq.* 2025;6(3): 18- 23.

ABSTRACT

Objectives: To report on the experience of producing and using an educational podcast as a technical-pedagogical product in the context of the Ethnic and Cultural Diversity in Medicine course, focusing on problematizing the mental health of single mothers based on the social determinants of health and gender and racial inequalities. **Description of the experience:** This is a qualitative experience report, developed from the collaborative creation of the episode "A Silent Struggle: The Mental Health of Single Mothers," broadcast on the DiversiCast podcast. The technical-educational product was constructed by undergraduate medical students, under faculty guidance, based on secondary data collection, theoretical discussion, and narrative construction. The episode was organized into thematic axes addressing single motherhood, precarious work, double and triple shifts, social stigmatization, structural racism, psychological suffering, support networks, grief, guilt, resilience, self-care, and self-esteem. The narrative format was adopted as a pedagogical strategy to promote sensitive listening, empathy, and the social contextualization of suffering. **Discussion:** The podcast proved to be a powerful pedagogical tool for shifting away from individualistic explanations of mental suffering, highlighting its structural and socially produced nature. The experience contributed to broadening students' critical understanding of the social determinants of mental health among single mothers. From a formative perspective, the use of the podcast fostered the development of communication, empathy, and humanistic skills, aligned with the proposals of medical humanities and health education committed to equity. **Final considerations:** In conclusion, the educational podcast constituted a relevant and replicable pedagogical strategy in medical training, integrating narrative, scientific knowledge, and critical reflection. This technical-educational product can contribute to the construction of a broader, ethical, and socially committed clinical perspective, reinforcing the importance of intersectional approaches and the recognition of social determinants in promoting the mental health of single mothers.

Key-words: Mental health; Single motherhood; Social determinants of health; Ethnic and cultural diversity; Medical education.

1 INTRODUÇÃO

A incorporação da diversidade étnica e cultural na formação médica constitui um desafio contemporâneo central, especialmente diante das persistentes desigualdades sociais que atravessam os processos de saúde e adoecimento no Brasil. Entre essas desigualdades, destacam-se aquelas relacionadas ao gênero, à raça e à classe social, que incidem de forma desproporcional sobre as mulheres mães solo, configurando um cenário de vulnerabilidade estrutural com repercussões diretas sobre a saúde mental [1–3].

A incorporação da diversidade étnica e cultural na formação médica impõe o enfrentamento das desigualdades sociais que atravessam os processos de saúde e adoecimento, especialmente aquelas relacionadas ao gênero, à raça e à classe social. As mães solo constituem um grupo social expressivo no Brasil e vivenciam condições de vulnerabilidade estrutural marcadas pela sobrecarga de trabalho, precarização econômica, estigmatização social e fragilização da saúde mental. Nesse contexto, tornam-se necessárias estratégias pedagógicas que ampliem a compreensão do sofrimento psíquico para além do modelo biomédico, favorecendo leituras interseccionais e críticas da realidade social [4].

As famílias monoparentais chefiadas por mulheres representam um contingente expressivo no país, sendo majoritariamente compostas por mulheres jovens, negras e de baixa renda [5]. A sobrecarga decorrente da acumulação de funções — trabalho remunerado precarizado, trabalho doméstico não reconhecido e cuidado integral com os filhos — associa-se a elevados níveis de estresse crônico, ansiedade, depressão e esgotamento emocional [6,7]. Tais condições não podem ser compreendidas apenas como problemas individuais, mas como expressão de determinantes sociais da saúde historicamente naturalizados [8].

No âmbito da educação médica, persiste a necessidade de estratégias pedagógicas que ampliem a compreensão do sofrimento psíquico para além do modelo biomédico, favorecendo leituras interseccionais e críticas da realidade social. Produtos técnico-educativos baseados em narrativas, como podcasts, têm se consolidado como recursos inovadores no ensino em saúde, ao promoverem sensibilização, empatia e articulação entre saberes científicos e experiências sociais concretas [9–10].

O objetivo deste trabalho foi relatar a experiência de produção e utilização de um podcast educativo como produto técnico-pedagógico no contexto da disciplina Diversidade Étnica e Cultural na Medicina, com foco na problematização da saúde mental das mães solo a partir dos determinantes sociais, das desigualdades de gênero e raça e de suas implicações para a formação médica.

2 DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

Esta experiência foi desenvolvida no âmbito da disciplina Diversidade Étnica e Cultural na Medicina, ofertada a estudantes de graduação em medicina, e resultou na produção do episódio “Uma luta silenciosa: a saúde mental das mães solo”, veiculado no podcast DiversiCast. O podcast constituiu-se como um produto técnico-educativo, concebido como estratégia de aprendizagem ativa e de comunicação em saúde.

O objetivo do produto técnico foi promover a sensibilização e a reflexão crítica de estudantes de medicina e profissionais de saúde acerca dos determinantes sociais da saúde mental das mães solo, contribuindo para uma formação médica ampliada, ética e comprometida com a equidade e os direitos humanos.

O público-alvo é composto por estudantes de graduação em Medicina e áreas da saúde, docentes, profissionais de saúde, público interessado em temas relacionados à diversidade, saúde mental e justiça social.

O episódio foi elaborado de forma colaborativa pelos estudantes, sob orientação docente, a partir de levantamento de dados secundários, discussão teórica e construção narrativa. Como recurso pedagógico central, utilizou-se a criação de uma personagem fictícia representativa de realidades sociais amplamente documentadas para contextualizar e humanizar a discussão sobre maternidade solo, trabalho precarizado, estigma social e sofrimento psíquico.

Figura 1. Identidade visual do episódio do podcast DiversiCast dedicado à saúde mental das mães solo no contexto da diversidade étnica e cultural e publicado em canal educativo da plataforma digital YouTube



Fonte: Os autores (2025)

O episódio de podcast foi elaborado de forma colaborativa por estudantes, sob orientação docente, a partir de levantamento de dados e literatura sobre maternidade solo, saúde mental e desigualdades sociais; discussão coletiva dos eixos temáticos, construção de roteiro narrativo e gravação, edição e divulgação do episódio. A metodologia privilegiou o protagonismo discente, o trabalho em equipe e a integração entre teoria e prática pedagógica.

O conteúdo foi organizado em eixos temáticos interdependentes: (a) caracterização da maternidade solo no Brasil; (b) precarização do trabalho e insegurança financeira; (c) jornada dupla e tripla; (d) estigmatização social e racismo estrutural; (e) impactos na saúde mental; (f) redes de apoio formais e informais; (g) luto, culpa e resiliência; e (h) autocuidado e autoestima. A linguagem adotada buscou equilíbrio entre rigor conceitual e acessibilidade, favorecendo a escuta

qualificada e a reflexão crítica.

O produto consiste em um episódio de podcast com duração aproximada de 30 minutos, estruturado a partir de narrativas, dados secundários e discussão teórica, abordando a saúde mental das mães solo no contexto brasileiro. O conteúdo foi organizado em eixos temáticos que contemplam maternidade solo, precarização do trabalho, jornada dupla e tripla, estigma social, racismo estrutural, sofrimento psíquico, redes de apoio, luto, culpa, resiliência, autocuidado e autoestima. O formato narrativo foi adotado como recurso pedagógico para favorecer a escuta sensível, a empatia e a contextualização social do sofrimento, articulando saberes biomédicos, sociais e humanísticos.

O podcast foi disponibilizado como material didático complementar da disciplina [11], ampliando o espaço de debate para além da sala de aula tradicional e permitindo aos estudantes exercitar competências relacionadas à comunicação em saúde, empatia clínica e compreensão ampliada do cuidado.

3 DISCUSSÃO

O podcast produzido e apresentado, enquanto produto técnico-educativo, mostrou-se um dispositivo potente para problematizar a saúde mental das mães solo a partir de uma perspectiva interseccional. Ao articular narrativas, dados sociais e reflexão crítica, o material contribuiu para deslocar explicações individualizantes do sofrimento psíquico, evidenciando seu caráter estrutural e socialmente produzido [1,7]. Este produto técnico-educativo apresenta caráter inovador ao utilizar o podcast como ferramenta de ensino e comunicação em saúde no contexto da formação médica, abordando um tema ainda pouco explorado de forma interseccional. A proposta contribui para ampliar os espaços de aprendizagem, favorecer metodologias ativas e dar visibilidade a experiências sociais frequentemente invisibilizadas nos currículos tradicionais.

A experiência evidenciou como a sobrecarga crônica, a precarização do trabalho, o estigma social e a ausência de redes de apoio configuram fatores determinantes para o adoecimento mental dessas mulheres, especialmente das mulheres negras, historicamente mais expostas à violência estrutural [2,3,11]. O podcast também problematizou a romantização da figura da “mãe solo guerreira”, demonstrando como essa narrativa mascara processos de exploração, silenciamento e culpabilização feminina [12].

Do ponto de vista pedagógico, o uso do podcast favoreceu o desenvolvimento de uma escuta sensível e contextualizada, aproximando os estudantes de realidades frequentemente invisibilizadas na formação médica tradicional. Ao explorar temas como luto, culpa, resiliência, autocuidado e autoestima, o produto estimulou reflexões éticas sobre o cuidado em saúde e reforçou a importância das redes de apoio comunitárias e institucionais como fatores protetivos da saúde mental [5,6,13].

Como resultados esperados e aplicabilidade, espera-se que o produto contribua para ampliar a compreensão crítica sobre saúde mental e determinantes sociais, fortalecer competências comunicacionais, empáticas e humanísticas na formação médica [12], estimular práticas de cuidado mais sensíveis às desigualdades de gênero e raça, assim como servir como material pedagógico replicável em disciplinas, projetos de extensão e ações de educação em saúde [13]. A forma de disponibilização como podcast foi disponibilizado em plataforma digital de acesso aberto, em canal educativo na plataforma YouTube [11], vinculado às atividades acadêmicas da disciplina e passível de uso em contextos educativos formais e informais.

Assim, o *DiversiCast* operou não apenas como ferramenta de transmissão de conteúdo, mas como mediador de processos formativos críticos, alinhados às propostas das humanidades médicas e da educação em saúde comprometida com a equidade.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O relato evidencia que a produção de podcasts educativos pode constituir uma estratégia pedagógica relevante na formação médica, especialmente quando voltada à discussão de temas complexos relacionados à diversidade étnica, cultural e de gênero. O produto técnico-educativo desenvolvido permitiu integrar conhecimento científico, narrativa e reflexão crítica, contribuindo para uma compreensão ampliada da saúde mental das mães solo.

Ao abordar o sofrimento psíquico como expressão de determinantes sociais e desigualdades estruturais, o podcast favoreceu a construção de um olhar clínico mais sensível, ético e socialmente comprometido. Além disso, ampliou as possibilidades de aprendizagem ativa,

fortalecendo competências comunicacionais e humanísticas essenciais à prática médica contemporânea.

Por fim, a experiência reforça que iniciativas pedagógicas baseadas em produtos midiáticos não apenas enriquecem o ensino, mas também cumprem um papel político e educativo ao dar visibilidade a sujeitos historicamente marginalizados. Reconhecer a saúde mental das mães solo como questão coletiva e estrutural é passo fundamental para a construção de uma medicina mais justa, equânime e comprometida com os direitos humanos.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Social determinants of mental health. Geneva: WHO; 2014. Disponível em: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/539fec7f-eadc-43ea-b12a-8dba1793381b/content>
2. Crenshaw K. Mapping the margins: intersectionality, identity politics, and violence against women of color. *Stanford Law Rev.* 1991;43(6):1241-1299. Disponível em: <https://blogs.law.columbia.edu/critique1313/files/2020/02/1229039.pdf>
3. Davis A. Mulheres, raça e classe. São Paulo: Boitempo; 2016. Disponível em: <https://piape.prograd.ufsc.br/files/2020/07/Angela-Davis-Mulheres-ra%C3%A7a-e-classe-Boitempo.pdf>
4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Síntese de indicadores sociais. Rio de Janeiro: IBGE; 2023. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/9221-sintese-de-indicadores-sociais.html>
5. Veras RM, Araújo RP da S, Passos VBC de, Jesus ML de, Permisán CG, Vargas MG. Interseccionalidade gênero-raça-classe na formação de profissionais de saúde na UFBA, Brasil. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2025;30(5):e02132025. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232025305.02132025>
6. Organização Pan-Americana da Saúde. Saúde mental, gênero e determinantes sociais. Brasília: OPAS; 2022. Disponível em: <https://www.paho.org/en/topics/social-determinants-health>
7. Reis CE, Zanello V. Gênero e Saúde Mental: uma análise dos comentários postados no YouTube. *Cadernos GenDiv* [Internet]. 28º de dezembro de 2024 [citado 1º de janeiro de 2026];10(1):145-67. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/cadgendiv/article/view/52471>
8. Farmer P. Pathologies of power: health, human rights, and the new war on the poor. Berkeley: University of California Press; 2004. Disponível em: <https://deg.paulus.com.br/4743.pdf>
9. Freire P. Pedagogia da autonomia. São Paulo: Paz e Terra; 1996. Disponível em: <https://nepegeo.paginas.ufsc.br/files/2018/11/Pedagogia-da-Autonomia-Paulo-Freire.pdf>
10. Charon R. Narrative medicine: honoring the stories of illness. New York: Oxford University Press; 2006. Disponível em: https://api.pageplace.de/preview/DT0400.9780199759859_A23609472/preview-9780199759859_A23609472.pdf
11. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Mental. Brasília: MS; 2017.
12. Geshme – Grupo de Semiologia e Humanidades Médicas. Diversicast em “A luta silenciosa”: Saúde mental das mães solo [Vídeo]. YouTube; 2025. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=NSn3UUuOyGo> [Acesso em 27 dez 2025].
13. Maeyama MA. Educação médica crítica, reflexiva e de qualidade: experiências, vivências e olhares. São José dos Pinhais: Editora Brazilian Journals, 2020. Disponível em: <https://brazilianjournals.com.br/assets/ebooks/60a954176f93ac8ffa2b4c1e5bafbc17.pdf>



Esta obra está licenciado com uma Licença [Creative Commons Atribuição-NãoComercial 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).

ETARISMO NA ATENÇÃO À SAÚDE: INVISIBILIDADE, PRÁTICAS INSTITUCIONAIS E DESAFIOS PARA A FORMAÇÃO MÉDICA E O CUIDADO INTEGRAL

*AGEISM IN HEALTHCARE: INVISIBILITY,
INSTITUTIONAL PRACTICES, AND CHALLENGES FOR
MEDICAL TRAINING AND COMPREHENSIVE CARE*



e-ISSN 2525-5851
Centro de Ciências
Médicas/UFPB

RESUMO

Objetivos: Analisar o etarismo na atenção à saúde como fenômeno estrutural e institucional, identificando suas principais manifestações nos serviços de saúde e discutindo suas implicações para o cuidado integral à pessoa idosa, para a formação médica e para a formulação de políticas públicas. **Métodos:** Trata-se de um estudo qualitativo, de caráter teórico-reflexivo, fundamentado em revisão narrativa da literatura. Foram analisadas produções científicas nacionais e internacionais, documentos normativos e marcos conceituais relacionados ao envelhecimento, ao preconceito etário e à atenção à saúde da pessoa idosa. A análise foi orientada por eixos temáticos que contemplaram dimensões cognitivas, afetivas e comportamentais do etarismo, bem como fatores institucionais, culturais e educacionais presentes nos serviços de saúde. **Resultados:** Os achados evidenciam que o etarismo se manifesta de forma ampla e sistemática na atenção à saúde, incluindo invisibilização clínica, subdiagnóstico, restrição de tratamentos, exclusão de intervenções terapêuticas, comunicação inadequada e violência simbólica e institucional. Tais práticas comprometem o acesso, a qualidade e a integralidade do cuidado, estando associadas a piores desfechos em saúde, redução da qualidade de vida e ampliação das desigualdades sociais na velhice. Observou-se ainda que fatores estruturais e culturais do ambiente hospitalar, bem como lacunas na formação profissional e a influência do currículo oculto, contribuem significativamente para a reprodução de atitudes etaristas. **Conclusões:** Conclui-se que o enfrentamento do etarismo na atenção à saúde demanda estratégias integradas que articulem mudanças na formação profissional, na organização dos serviços e na cultura social sobre o envelhecimento. Investir em educação permanente, revisão de práticas assistenciais e fortalecimento do protagonismo da pessoa idosa é fundamental para a construção de um cuidado equitativo, humanizado e sensível às especificidades do envelhecimento.

Palavras-Chave: Etarismo; Atenção à saúde; Pessoa idosa; Formação médica; Direitos em saúde.

Submetido em: 17/08/2025

Aceito em: 30/09/2025

Publicado em: 28/12/2025

**Gabriel Moreira Trindade
João Gabriel Toledo Ramos
Lins**

Rafael Luiz Rocha Bruno
Estudantes de Graduação em
Medicina da Universidade Federal
da Paraíba (UFPB)

Rilva Lopes de Sousa Muñoz
Docente do Centro de Ciências
Médicas da UFPB

**Contato para
correspondência:**
gabriel.trindade@academico.ufpb.br

Como citar este artigo: Trindade GM, Lins JGTR, Bruno RLR, Sousa-Muñoz RL. Etarismo na atenção à saúde: invisibilidade, práticas institucionais e desafios para a formação médica e o cuidado integral. Rev Med Pesq. 2025;6(3):24-35.

ABSTRACT

Objectives: To analyze ageism in healthcare as a structural and institutional phenomenon, identifying its main manifestations in health services and discussing its implications for comprehensive care for older adults, for medical training, and for the formulation of public policies. **Methods:** This is a qualitative, theoretical-reflective study based on a narrative literature review. National and international scientific publications, normative documents, and conceptual frameworks related to aging, ageism, and older adult healthcare were analyzed. The analysis was guided by thematic axes that encompassed cognitive, affective, and behavioral dimensions of ageism, as well as institutional, cultural, and educational factors present in health services. **Results:** The findings show that ageism manifests itself broadly and systematically in healthcare, including clinical invisibility, underdiagnosis, treatment restrictions, exclusion from therapeutic interventions, inadequate communication, and symbolic and institutional violence. Such practices compromise access, quality, and comprehensiveness of care, and are associated with worse health outcomes, reduced quality of life, and increased social inequalities in old age. It was also observed that structural and cultural factors in the hospital environment, as well as gaps in professional training and the influence of the hidden curriculum, contribute significantly to the reproduction of ageist attitudes. **Conclusions:** It is concluded that addressing ageism in healthcare requires integrated strategies that articulate changes in professional training, the organization of services, and the social culture surrounding aging. Investing in continuing education, reviewing care practices, and strengthening the protagonism of older adults is fundamental to building equitable, humanized care that is sensitive to the specificities of aging.

Key-words: Ageism; Healthcare; Elderly people; Medical training; Health rights.

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população mundial constitui um fenômeno demográfico sem precedentes. Segundo a Organização Mundial da Saúde, a população com 60 anos ou mais deverá atingir dois bilhões de pessoas até 2050, superando pela primeira vez o número de crianças menores de 15 anos [1]. No Brasil, esse processo ocorre de forma acelerada, impondo desafios complexos ao Sistema Único de Saúde (SUS) e às políticas públicas voltadas ao cuidado integral [7,8].

Apesar da crescente centralidade demográfica da população idosa, persistem barreiras significativas no acesso aos serviços de saúde e na garantia de direitos. Entre essas barreiras, destaca-se o etarismo (ou idadismo) compreendido como discriminação sistemática baseada na idade, frequentemente naturalizada na prática clínica, nos currículos de formação em saúde e nas instituições [9,10]. O etarismo refere-se à presença de estereótipos, preconceitos e discriminação contra adultos mais velhos com base na sua idade. Trata-se de um fenômeno estrutural, que extrapola atitudes individuais e se materializa em omissões, negligências e práticas assistenciais reducionistas [11].

No contexto da atenção à saúde, o etarismo manifesta-se por meio de diagnósticos tardios, subvalorização de sintomas, exclusão de idosos de ensaios clínicos e recusa de terapias sob a justificativa da “idade avançada” [12]. Essas práticas violam princípios éticos fundamentais, como equidade, beneficência e justiça, além de impactarem negativamente os desfechos clínicos e a qualidade de vida da população idosa [4,13]. O preconceito etário é um fenômeno generalizado e constitui uma ameaça significativa ao bem-estar das pessoas idosas. Identificar os fatores que contribuem para o preconceito etário é fundamental para fundamentar políticas que minimizem seu impacto social.

O objetivo deste trabalho foi analisar o etarismo na atenção à saúde como fenômeno histórico, cultural e institucional, discutindo suas manifestações clínicas, impactos nos desfechos em saúde e implicações para a formação médica.

2 MÉTODOS

Trata-se de um estudo qualitativo, de caráter teórico-reflexivo, fundamentado em revisão narrativa da literatura. Foram analisados artigos científicos, documentos oficiais, legislações e relatórios institucionais publicados entre 2000 e 2024, com foco no envelhecimento, etarismo e atenção à saúde da pessoa idosa [2,3,7].

A revisão narrativa da literatura é um tipo de revisão não sistemática, porém rigorosa, que tem como finalidade de mapear o estado do conhecimento sobre um tema, contextualizar

historicamente o debate e sustentar uma argumentação crítica. Contudo, o método empregado não permite a replicação dos dados nem produz resultados quantitativos acerca da produção analisada, visto que a fonte de busca dos trabalhos e sua seleção frequentemente não são sistematicamente especificadas [14].

Trata-se de um estudo qualitativo, de caráter teórico-reflexivo, fundamentado em revisão narrativa da literatura, que analisou produções científicas, documentos normativos e marcos conceituais relacionados ao etarismo na atenção à saúde. A análise foi orientada por eixos temáticos previamente definidos, visando à compreensão crítica das manifestações do preconceito etário e de suas implicações para o cuidado integral e a formação em saúde, como envelhecimento como construção sociocultural, etarismo na saúde, impactos clínicos do etarismo, interseccionalidade, direitos da pessoa idosa e estratégias de enfrentamento [9,11].

3 RESULTADOS

Os resultados desta revisão são apresentados de forma analítica e categorial, a partir da sistematização das evidências identificadas na literatura acerca do preconceito etário na atenção à saúde. As informações extraídas dos estudos selecionados foram organizadas em eixos temáticos, construídos de modo a evidenciar as principais manifestações do etarismo nos serviços de saúde, bem como os fatores institucionais, culturais e educacionais associados à sua reprodução. Essa abordagem permitiu agrupar os achados segundo padrões recorrentes, contemplando desde práticas clínicas e comunicacionais até aspectos estruturais dos sistemas de saúde e da formação profissional, possibilitando uma compreensão integrada do fenômeno e de seus impactos sobre o cuidado à pessoa idosa.

Etarismo como construção histórica e cultural

O etarismo constitui uma forma específica de preconceito e discriminação social baseada na idade, particularmente dirigida às pessoas idosas. Embora o termo seja frequentemente confundido com discriminação etária, Goldani [16] distingue estes conceitos: para ela, etarismo refere-se ao sistema de crenças, estereótipos e atitudes socialmente construídas sobre a idade, enquanto discriminação etária diz respeito às práticas concretas que utilizam a idade como critério excludente, por exemplo, no mercado de trabalho, nos serviços de saúde ou nas políticas públicas. A literatura especializada compreende o preconceito etário como um fenômeno complexo e multidimensional, constituído por pelo menos três dimensões inter-relacionadas: a cognitiva, a afetiva e a comportamental. A dimensão cognitiva refere-se aos estereótipos, entendidos como crenças socialmente compartilhadas sobre o envelhecimento e sobre as pessoas idosas. Esses estereótipos, em geral de caráter negativo, são incorporados precocemente ao longo do ciclo de vida e tendem a persistir de forma acrítica, podendo transformar-se em profecias autorrealizáveis na velhice (3). Exemplos recorrentes incluem a ideia de que pessoas idosas seriam incapazes de aprender novas habilidades, adaptar-se a mudanças ou exercer autonomia intelectual. Quando tais estereótipos são ativados, sobretudo em contextos nos quais não se reconhecem as especificidades e heterogeneidades do envelhecimento, produzem rótulos simplificadores que classificam os indivíduos em categorias rígidas, acionando crenças depreciativas com repercussões negativas em múltiplas esferas da vida social, profissional e em saúde (4).

A dimensão afetiva do preconceito etário diz respeito aos sentimentos, atitudes emocionais e julgamentos valorativos dirigidos às pessoas idosas, que podem assumir tanto formas abertamente negativas quanto aparentemente positivas. Nesse plano, o preconceito manifesta-se, por exemplo, por meio de sentimentos de pena, superproteção ou condescendência, frequentemente justificados pela percepção do idoso como frágil ou incapaz. Embora tais reações possam parecer benevolentes, elas tendem a minar a autonomia e a agência das pessoas idosas, reforçando relações assimétricas e legitimando intervenções que desconsideram sua capacidade de decisão e ação independente.

Por outro lado, a dimensão comportamental corresponde à discriminação propriamente dita, expressa em práticas concretas de exclusão, restrição ou desigualdade de oportunidades baseadas exclusivamente na idade cronológica. Essa forma de preconceito materializa-se quando indivíduos idosos são sistematicamente colocados em posições sociais desfavoráveis, como ocorre, por exemplo, quando um trabalhador é impedido de participar de programas de capacitação ou atualização profissional sob o argumento de que sua idade inviabilizaria o aprendizado ou o retorno institucional do investimento (1). Tais práticas reforçam a marginalização social e

econômica da velhice e contribuem para a reprodução de desigualdades estruturais.

Importa destacar que o preconceito etário pode se manifestar tanto de maneira sutil e velada, incorporada a discursos, rotinas institucionais e decisões aparentemente neutras, quanto de forma explícita e declarada, por meio de atitudes abertamente discriminatórias. Em ambos os casos, seus efeitos são profundos, pois influenciam não apenas a forma como a sociedade percebe as pessoas idosas, mas também como essas próprias pessoas constroem a percepção de suas capacidades, limites e necessidades, internalizando, muitas vezes, visões estigmatizantes sobre o próprio envelhecimento (2).

Contudo, é importante salientar que a compreensão da velhice varia conforme os contextos culturais e históricos. Em diversas sociedades indígenas brasileiras, o idoso ocupa posição central como guardião da memória coletiva e do saber tradicional, sendo reconhecido como autoridade simbólica e política [17]. De modo semelhante, em tradições africanas, a velhice associa-se à ancestralidade, à sabedoria e ao respeito intergeracional [18]. Em contraste, a modernidade ocidental, marcada por valores produtivistas e utilitaristas, construiu a velhice como sinônimo de decadência e improdutividade, favorecendo processos de exclusão e medicalização do envelhecimento [11]. Esse apagamento, atribuído a um viés eurocêntrico, contribuiu para a institucionalização do idoso como “corpo-descartável”, fenômeno que reverbera até hoje também nas práticas de saúde [9].

Manifestações do etarismo na atenção à saúde

No âmbito dos serviços de saúde, os impactos decorrentes dos estereótipos, preconceitos e práticas discriminatórias dirigidas às pessoas idosas encontram-se amplamente documentados na literatura e revelam efeitos concretos sobre o acesso, a qualidade e a oportunidade do cuidado. Tais processos contribuem para a limitação do acesso a ações preventivas, diagnósticos oportunos e tratamentos adequados, estando fortemente associados a desfechos negativos em saúde. Evidenciam-se, nesse contexto, redução da longevidade, comprometimento da qualidade de vida e do bem-estar, maior exposição a comportamentos de risco, fragilização das relações sociais, aumento da incidência de doenças físicas e mentais, bem como declínio cognitivo, configurando um quadro de vulnerabilidade ampliada para a população idosa (4).

O preconceito etário manifesta-se nos serviços de saúde, ainda, por meio de atitudes implícitas e práticas institucionais enviesadas, muitas vezes naturalizadas, que favorecem sistematicamente indivíduos mais jovens em detrimento dos mais velhos na alocação de recursos e no acesso a serviços especializados. Esse viés pode ser observado em decisões relativas à admissão em Unidades de Terapia Intensiva, à indicação de tratamentos de alto custo, à realização de procedimentos cirúrgicos complexos e a outras intervenções consideradas de maior valor terapêutico. Tais práticas refletem não apenas escolhas clínicas individuais, mas uma lógica cultural mais ampla, presente nas sociedades ocidentais, que associa valor social à juventude, e, no plano institucional, expressa-se em leis, normas, políticas e protocolos que restringem oportunidades e direitos das pessoas idosas, com repercussões diretas sobre a assistência prestada e o aprofundamento das desigualdades nos sistemas e serviços de saúde (6).

Apesar da magnitude de seus efeitos, o preconceito etário permanece menos investigado do que outras formas de discriminação, como o racismo ou o sexismo, particularmente no campo da saúde. Observa-se escassez de estudos que analisem de forma explícita e sistemática suas manifestações nos serviços de saúde, bem como limitada produção de evidências científicas capazes de subsidiar o processo de trabalho dos profissionais na identificação e mitigação de práticas etaristas no cuidado à população idosa (7,8). Diante desse cenário, a presente revisão distingue-se por oferecer uma visão ampliada e integrada das múltiplas formas pelas quais o preconceito etário se materializa no cotidiano dos serviços de saúde.

Nesse sentido, o mapeamento das evidências disponíveis sobre o preconceito etário e das estratégias adotadas para seu enfrentamento assume relevância estratégica, ao possibilitar a construção de uma base analítica que oriente investigações futuras. Ademais, tal sistematização contribui para o aprimoramento de políticas públicas, o desenvolvimento de intervenções institucionais e a qualificação da formação de profissionais da saúde, favorecendo práticas de cuidado mais equitativas, éticas e sensíveis às especificidades do envelhecimento.

No campo da saúde, o etarismo pode assumir formas implícitas e explícitas. O etarismo implícito manifesta-se por vieses inconscientes que levam profissionais a atribuírem sintomas ao “envelhecimento natural”, sem investigação adequada [12]. Estudos demonstram que tais práticas

estão associadas ao subdiagnóstico de condições como depressão, doenças cardiovasculares e síndromes geriátricas [4,14]. Por outro lado, o etarismo explícito configura-se como violência institucional, expressa na recusa de procedimentos, no tempo reduzido de consulta e em comentários depreciativos direcionados a pacientes idosos [5]. Evidências apontam que idosos expostos a experiências de discriminação apresentam maior risco de mortalidade, menor adesão terapêutica e pior percepção de cuidado [1,4]. Essas práticas são agravadas quando o etarismo se articula a outros marcadores sociais, como gênero e raça. Mulheres idosas e idosos negros enfrentam maior exclusão nos serviços de saúde, refletindo desigualdades estruturais persistentes [6,15].

Araújo et al. [19] demonstraram, em uma revisão de escopo da literatura, quais são as principais manifestações de etarismo no âmbito dos serviços de saúde. Os referidos autores elencam as seguintes manifestações ou expressões do etarismo na saúde: invisibilização clínica e fragilização da avaliação diagnóstica; restrição e atraso no acesso a tratamentos; exclusão de intervenções cirúrgicas e terapêuticas especializadas; comunicação inadequada e desqualificação da escuta; barreiras estruturais no acesso a serviços e recursos de saúde; cuidado incompleto, apressado ou negligente; fragilização do apoio aos familiares e à rede de cuidado; atitudes antienvhecimento e desvalorização simbólica; estereótipos, crenças e vieses profissionais; e violência simbólica e institucional no cuidado. Estas expressões estão demonstradas no **Quadro 1**, com a descrição das manifestações.

Quadro 1. Categorias temáticas das manifestações do preconceito etário nos serviços de saúde segundo dados de revisão de literatura

Categoria temática	Descrição das manifestações
Invisibilização clínica e fragilização diagnóstica	Anamnese superficial, investigação diagnóstica insuficiente, subdiagnóstico e naturalização de sintomas como inerentes ao envelhecimento.
Restrição e atraso no acesso a tratamentos	Menor oferta ou adiamento de terapias potencialmente benéficas, omissão de informações sobre opções terapêuticas e limitação da autonomia nas decisões em saúde.
Exclusão de intervenções cirúrgicas e terapêuticas especializadas	Redução de cirurgias, terapias avançadas e procedimentos conservadores, com uso da idade cronológica como critério implícito de exclusão.
Comunicação inadequada e desqualificação da escuta	Uso de linguagem condescendente ou infantilizada, violação da privacidade, exclusão do idoso do diálogo clínico e explicações inacessíveis.
Barreiras estruturais no acesso a serviços e recursos de saúde	Menor acesso a UTI, reabilitação, saúde mental, transplantes e tecnologias assistenciais, além de restrições em situações de urgência e emergência.
Cuidado incompleto, apressado ou negligente	Prioridade reduzida às necessidades do idoso, avaliação insuficiente de riscos, menor investimento em cuidados básicos e desconsideração das dimensões psicossociais.
Fragilização do apoio aos familiares e cuidadores	Apoio psicológico e informacional insuficiente aos familiares, comprometendo a rede de cuidado e a continuidade da assistência.
Atitudes antienvhecimento e desvalorização simbólica	Comportamentos, atitudes e disposições negativas em relação à velhice, como constrangimento, desinteresse, medo do envelhecimento e desvalorização social.
Estereótipos, crenças e vieses profissionais	Associação da velhice à incapacidade, fragilidade, baixa adesão terapêutica, assexualidade e inevitabilidade do declínio.
Violência simbólica e institucional	Tratamento objetificado, hostilidade verbal, culpabilização do idoso e transferência indevida da responsabilidade do cuidado à família.

Fonte: Adaptação de dados obtidos pela revisão de escopo de Araújo et al. [19]

Dos resultados da referida revisão de escopo, depreende-se que nos serviços de saúde, o

preconceito etário dirigido às pessoas idosas manifesta-se de forma ampla e sistemática, afetando diferentes etapas do cuidado. Sobressaiu como fator relevante a frequente redução de investigação diagnóstica, caracterizada por anamnese superficial, omissão de aspectos relevantes da história clínica, tais como sexualidade e saúde mental, assim como uma condução inadequada de exames e avaliações diagnósticas. Essas práticas contribuem para atrasos, subdiagnósticos e decisões clínicas baseadas em pressupostos etários, e não em critérios técnicos.

O acesso aos tratamentos também apareceu como desigual, com restrição ou atraso na indicação de terapias potencialmente benéficas, tais como procedimentos cirúrgicos, quimioterapia, imunoterapia e tratamentos farmacológicos. Em muitos casos, informações sobre o estado da doença e as opções terapêuticas não são plenamente compartilhadas com o paciente idoso, comprometendo o consentimento informado e a autonomia nas decisões em saúde.

A redução significativa de intervenções cirúrgicas, independentemente da gravidade clínica dos idosos foi outro aspecto que se destacou, incluindo menor acesso a procedimentos conservadores, cirurgias reconstrutivas e tratamentos especializados. Assim, a idade cronológica funciona como critério implícito de exclusão, substituindo a avaliação individualizada da condição clínica e funcional.

No plano comunicacional, também foram referidos problemas: há recorrentes menções ao uso de linguagem inadequada, condescendente ou infantilizada, assim como violação da privacidade, exclusão do idoso do diálogo clínico e utilização de explicações inacessíveis a ele, o que limita sua participação ativa no cuidado e reforça relações assimétricas entre profissionais e pacientes.

O preconceito etário também se expressou, na referida revisão, no baixo acesso a serviços e recursos de saúde, incluindo restrições em situações de urgência, menor encaminhamento para serviços especializados, acesso limitado à reabilitação, transplantes e cuidados em saúde mental, bem como menor intensidade de intervenções em situações críticas, como paradas cardiorrespiratórias.

No cotidiano assistencial, muitos idosos relataram cuidados incompletos, apressados ou desatentos, com menor priorização de suas necessidades, avaliação insuficiente de riscos, como o suicídio, assim como pouca consideração pelas dimensões psicossociais e contextuais do envelhecimento. Em situações de doença avançada, observa-se inclusive menor investimento em cuidados básicos tanto de medicina quanto de enfermagem. Além disso, referiu-se desatenção às necessidades dos familiares, que frequentemente recebem apoio psicológico insuficiente, independentemente do prognóstico do idoso, o que fragiliza a rede de cuidado e o suporte emocional.

Portanto, infere-se que o preconceito etário é sustentado por atitudes antienvelhecimento, crenças estereotipadas e abordagens violentas, expressas por desvalorização social, constrangimentos, hostilidade verbal, culpabilização do idoso e transferência indevida da responsabilidade do cuidado à família. Tais práticas reforçam a percepção do idoso como incapaz, pouco cooperativo ou intelectualmente limitado, legitimando intervenções desumanizadas e aprofundando desigualdades no cuidado em saúde.

Implicações para a formação médica e para as políticas públicas

O preconceito etário na área da saúde está relacionado a desfechos desfavoráveis para pacientes idosos, especialmente porque influenciam o cuidado recebido por eles. A reprodução do etarismo na atenção à saúde está diretamente relacionada às lacunas na formação profissional. Currículos médicos ainda privilegiam modelos biomédicos centrados na doença aguda, com baixa incorporação de conteúdos sobre geriatria, gerontologia e envelhecimento como processo complexo [18-20].

A compreensão dos fatores educacionais presentes nos ambientes hospitalares de ensino é fundamental para explicar a formação das atitudes de estudantes de medicina e médicos residentes em relação a pacientes idosos internados. A análise da literatura evidencia que tais atitudes não decorrem apenas de características individuais dos aprendizes, mas são fortemente moldadas por elementos estruturais, culturais e pedagógicos que atravessam o cotidiano do treinamento clínico. Um dos aspectos centrais identificados diz respeito à associação recorrente entre idade avançada, multimorbidade e necessidades complexas de cuidado. Pacientes idosos tendem a ser percebidos como portadores de múltiplas condições médicas, limitações funcionais e comprometimento cognitivo, o que contribui para sua representação como casos difíceis, pouco

estimulantes ou de baixo potencial terapêutico. Essa percepção gera visões niilistas sobre o cuidado, nas quais o tratamento é considerado ineficaz ou incapaz de modificar desfechos, reforçando atitudes negativas e desinteresse clínico. A complexidade inerente ao cuidado geriátrico, somada à presença de demandas psicossociais e quadros clínicos menos definidos, frequentemente provoca insegurança, sobrecarga cognitiva e frustração entre estudantes de medicina e médicos residentes [19,20,21].

O próprio ambiente hospitalar emerge como um fator determinante na produção dessas atitudes [22]. Limitações estruturais dos serviços, inadequação dos sistemas hospitalares para o cuidado de pessoas idosas e a percepção de que esses pacientes consomem recursos de forma desproporcional contribuem para sua desvalorização simbólica. A ideia de que pacientes idosos “ocupam leitos” ou dificultam o planejamento da alta reforça uma lógica produtivista que hierarquiza pacientes com base em critérios de eficiência e retorno assistencial. Além disso, a fragmentação do cuidado e a baixa colaboração interprofissional intensificam a percepção de que o manejo de pacientes idosos é desorganizado, complexo e pouco resolutivo.

A cultura organizacional hospitalar exerce papel decisivo nesse processo por meio do chamado currículo oculto do processo formativo em medicina. Linguagens depreciativas, comentários estigmatizantes e atitudes negativas expressas por profissionais mais experientes são observadas e reproduzidas por estudantes e residentes, muitas vezes de forma acrítica. Embora o ambiente hospitalar possa oferecer oportunidades para a construção de modelos positivos de cuidado, as atitudes preconceituosas predominantes tendem a se sobrepor, favorecendo a transmissão intergeracional do preconceito etário.

As interações clínicas diretas com pacientes idosos apresentam um caráter ambivalente. Por um lado, a comunicação e a anamnese são frequentemente percebidas como desafiadoras, e o cuidado ao paciente idoso internado pode ser vivenciado como pouco gratificante ou emocionalmente desgastante, estando associado a sofrimento moral e burnout. Por outro, alguns estudantes e residentes reconhecem aspectos positivos nessas interações, descrevendo pacientes idosos como mais respeitosos, colaborativos e gratos, o que evidencia que as atitudes não são homogêneas nem invariavelmente negativas.

A exposição à Geriatria e o treinamento específico nessa área, de modo geral, associam-se a atitudes mais favoráveis em relação a pacientes idosos, embora essa relação não seja linear nem dependente exclusivamente do tempo de formação. Cursos estruturados, atividades reflexivas, experiências de aprendizagem experiencial e estágios em Geriatria demonstram potencial para melhorar atitudes, mas seus efeitos são inconsistentes. Essa variabilidade sugere que a simples ampliação da carga horária ou da exposição clínica não é suficiente para transformar atitudes profundamente enraizadas.

De forma geral, os achados indicam que fatores sistêmicos e culturais do ambiente hospitalar têm peso significativo na formação de atitudes negativas, enquanto a educação geriátrica tende a atuar como fator protetivo. No entanto, as lacunas persistentes apontam para a necessidade de reformas educacionais mais abrangentes, que enfrentem explicitamente o currículo oculto, promovam colaboração interprofissional e ofereçam suporte pedagógico para o manejo da complexidade clínica e da incerteza. Intervenções educacionais eficazes devem ir além do conteúdo técnico, incorporando estratégias reflexivas, modelos positivos de cuidado e mudanças estruturais que favoreçam uma abordagem mais inclusiva, ética e sensível ao envelhecimento no contexto hospitalar.

Embora o Brasil disponha de um arcabouço normativo consistente — como a Constituição Federal de 1988, o Estatuto da Pessoa Idosa e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa —, a efetividade dessas políticas é limitada por falhas na implementação e pela insuficiente capacitação dos profissionais de saúde [7,8,21].

3 DISCUSSÃO

O etarismo, conforme evidenciado ao longo deste estudo, não pode ser compreendido apenas como atitude individual ou falha pontual na prática clínica, mas como um fenômeno estrutural que atravessa os sistemas de saúde, os processos formativos e a organização social do cuidado [5, 10, 17,18]. Há diversas revisões de escopo, integrativas e sistemáticas abordando o etarismo no contexto da saúde [19, 20,21,22, 24].

A literatura internacional tem demonstrado que o preconceito etário opera de forma semelhante a outros marcadores de discriminação, como racismo e sexismo, produzindo

desigualdades sistemáticas no acesso, na qualidade da atenção e nos desfechos em saúde [16, 21]. Nesse sentido, o etarismo deve ser reconhecido como um determinante social da saúde, capaz de influenciar tanto o comportamento dos profissionais quanto a forma como os próprios idosos percebem e vivenciam o cuidado.

A World Values Survey, uma das maiores e mais reconhecidas pesquisas comparativas internacionais sobre valores, crenças, atitudes e normas sociais das populações ao redor do mundo, em escala global (57 países), começou na década de 1980, com o objetivo de obter dados empíricos coletados em escala global. Os resultados dessa pesquisa revelaram como as pessoas pensam, sentem e avaliam temas centrais da vida social, permitindo compreender valores culturais, atitudes sociais e preconceitos em diferentes sociedades. Tais dados indicaram que uma parcela expressiva da população percebe que as pessoas idosas não são tratadas com o respeito que lhes é devido. Além disso, observou-se que, em diferentes contextos regionais, o crescimento proporcional da população idosa está associado ao aumento de atitudes sociais desfavoráveis em relação a esse grupo etário [23]. Diante das atuais tendências de envelhecimento populacional em escala global e da insuficiência de políticas públicas capazes de enfrentar o problema de modo efetivo, é plausível supor que o preconceito etário tenda a se intensificar nas próximas décadas, aprofundando desigualdades e tensões intergeracionais.

Os achados discutidos neste artigo dialogam com estudos que apontam que práticas etaristas contribuem para o subdiagnóstico, a medicalização inadequada e a exclusão terapêutica de pessoas idosas, especialmente em contextos de urgência e emergência [21]. A naturalização do sofrimento como “próprio da idade” reforça uma lógica clínica reducionista, que desconsidera a singularidade do envelhecimento e ignora a complexidade das síndromes geriátricas. Evidências mostram que essa abordagem resulta em atrasos diagnósticos evitáveis, aumento de eventos adversos e maior mortalidade, o que confirma que o etarismo não é apenas uma questão ética, mas também um problema de segurança do paciente [21-23].

Outro aspecto central refere-se à internalização do preconceito etário pelos próprios idosos, fenômeno descrito como autoetarismo. Estudos longitudinais demonstram que idosos que incorporam estereótipos negativos sobre a velhice apresentam pior estado funcional, maior declínio cognitivo e menor expectativa de vida, independentemente de condições clínicas prévias [24]. Tal processo evidencia que o etarismo atua não apenas no plano institucional, mas também no campo simbólico e subjetivo, afetando a autonomia, a autoestima e o engajamento do idoso no autocuidado. Assim, combater o etarismo implica também promover narrativas positivas e realistas sobre o envelhecimento.

No campo da formação médica, a persistência do etarismo revela limites importantes dos currículos tradicionais, ainda fortemente ancorados em modelos biomédicos centrados na doença aguda e na performance corporal [25]. A escassa inserção da geriatria e da gerontologia como eixos estruturantes da formação contribui para a insegurança clínica, para o distanciamento afetivo e para a reprodução de estereótipos entre estudantes e profissionais de saúde. Experiências pedagógicas baseadas em metodologias ativas, educação intergeracional e contato longitudinal com pessoas idosas têm demonstrado potencial significativo para reduzir atitudes etaristas e ampliar a competência clínica e comunicacional dos futuros médicos [26].

Do ponto de vista das políticas públicas, embora exista um arcabouço normativo robusto voltado à proteção da pessoa idosa, a literatura aponta que a distância entre formulação e implementação permanece como um dos principais entraves à efetividade dessas políticas [27]. A insuficiência de financiamento, a fragmentação das redes de atenção e a ausência de indicadores específicos para monitoramento de práticas discriminatórias contribuem para a manutenção do etarismo institucional. Além disso, a falta de mecanismos sistemáticos de escuta e participação social dos idosos limita a construção de políticas sensíveis às suas reais necessidades [13].

Por fim, o enfrentamento do etarismo na atenção à saúde exige uma abordagem integrada, que articule mudanças na formação profissional, na cultura organizacional dos serviços e na relação da sociedade com o envelhecimento [20,29]. Estratégias como educação permanente, revisão de protocolos clínicos, fortalecimento da escuta qualificada e valorização do tempo como dimensão do cuidado são fundamentais para romper com a lógica produtivista que marginaliza os idosos. Mais do que ampliar o acesso, trata-se de transformar o modo de cuidar, reconhecendo a pessoa idosa como sujeito de direitos, de saberes e de decisões, condição indispensável para a efetivação do cuidado integral e humanizado.

A análise reforça a compreensão do etarismo como um determinante social da saúde, cuja

persistência está relacionada a modelos biomédicos centrados na doença aguda, à lógica produtivista dos serviços e à insuficiente incorporação do envelhecimento como eixo estruturante da formação em saúde. Embora a educação em geriatria e a exposição qualificada ao cuidado de pessoas idosas apresentem potencial para reduzir atitudes negativas, seus efeitos são heterogêneos e frequentemente neutralizados por culturas institucionais excludentes. O etarismo revela-se, assim, um problema ético, clínico e político, que exige abordagens interdisciplinares e transformadoras.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo evidenciou que o etarismo na atenção à saúde constitui um fenômeno estrutural, historicamente construído e institucionalmente reproduzido, que atravessa práticas assistenciais, processos formativos e políticas públicas. Longe de se restringir a atitudes individuais ou episódios isolados de discriminação, o preconceito etário manifesta-se de forma sistemática nos serviços de saúde, comprometendo o acesso, a qualidade e a integralidade do cuidado prestado às pessoas idosas.

A análise da literatura permitiu identificar um conjunto amplo e recorrente de manifestações do etarismo na prática assistencial, incluindo a invisibilização clínica, o subdiagnóstico, a restrição de tratamentos, a exclusão de intervenções terapêuticas, a comunicação inadequada e a violência simbólica e institucional. Essas expressões não apenas violam princípios éticos fundamentais, como equidade, justiça e respeito à autonomia, mas também produzem impactos concretos sobre os desfechos em saúde, contribuindo para maior morbimortalidade, pior qualidade de vida e ampliação das desigualdades sociais na velhice.

Os achados reforçam a compreensão do etarismo como um determinante social da saúde, capaz de influenciar decisões clínicas, organizar fluxos institucionais e moldar a experiência subjetiva do cuidado. Além disso, a articulação do preconceito etário com outros marcadores sociais — como gênero, raça e classe — evidencia seu caráter interseccional, aprofundando vulnerabilidades e produzindo exclusões múltiplas no interior dos sistemas de saúde.

No campo da formação médica, o estudo revelou que a persistência do etarismo está fortemente associada às lacunas curriculares, à predominância de modelos biomédicos centrados na doença aguda e à influência do currículo oculto nos ambientes hospitalares. Embora a educação em geriatria e a exposição qualificada ao cuidado de pessoas idosas demonstrem potencial para reduzir atitudes etaristas, seus efeitos são heterogêneos e frequentemente neutralizados por culturas institucionais marcadas por discursos produtivistas, desvalorização da velhice e naturalização da exclusão. Esses achados indicam que a simples ampliação da carga horária ou da exposição clínica é insuficiente, sendo necessária uma transformação mais profunda dos modelos pedagógicos, das práticas de supervisão e das referências simbólicas que orientam a formação em saúde.

Do ponto de vista das políticas públicas, o estudo evidencia o paradoxo entre a existência de um arcabouço normativo robusto de proteção à pessoa idosa e a fragilidade de sua implementação nos serviços de saúde. A insuficiência de financiamento, a fragmentação das redes de atenção, a ausência de indicadores específicos para monitorar práticas discriminatórias e a limitada participação social dos idosos contribuem para a manutenção do etarismo institucional, mesmo em contextos legalmente avançados.

Diante desse cenário, o enfrentamento do etarismo na atenção à saúde exige estratégias integradas e multissetoriais, que articulem mudanças na formação profissional, na organização dos serviços e na cultura social sobre o envelhecimento. Investir em educação permanente, metodologias ativas, educação intergeracional, revisão de protocolos clínicos e fortalecimento da escuta qualificada emerge como caminho fundamental para a construção de práticas mais éticas, inclusivas e centradas na pessoa.

Por fim, reconhecer a pessoa idosa como sujeito de direitos, de saberes e de decisões não constitui apenas um imperativo moral, mas uma condição indispensável para a efetivação do cuidado integral e humanizado. Superar o etarismo implica transformar o modo de cuidar, deslocando a velhice do lugar da invisibilidade e da perda para o reconhecimento de sua diversidade, potência e dignidade no campo da saúde.

O etarismo na atenção à saúde constitui um problema ético, clínico e político de grande magnitude, frequentemente invisibilizado sob a aparência de neutralidade técnica. Ao longo deste artigo, evidenciou-se que o preconceito etário compromete a qualidade do cuidado, aprofunda

desigualdades e viola direitos fundamentais da pessoa idosa. O enfrentamento do etarismo exige estratégias interdisciplinares que incluam educação transformadora, revisão curricular, fortalecimento das políticas públicas e mudança na cultura organizacional dos serviços de saúde. Promover o protagonismo da pessoa idosa e reconhecer o envelhecimento como etapa legítima da vida são condições essenciais para a construção de um sistema de saúde equitativo, humanizado e inclusivo.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Global report on ageism. Geneva: WHO; 2021. Disponível em: <https://www.un.org/development/desa/dspd/wp-content/uploads/sites/22/2021/03/9789240016866-eng.pdf>
2. Instituto de Estudos de Saúde Suplementar. Envelhecimento populacional e os desafios para o sistema de saúde brasileiro [recurso eletrônico]. São Paulo: IESS [org], 2013. Disponível em: <https://www.iess.org.br/sites/default/files/2021-04/ES03-ENVELHECIMENTO%20POPULACIONAL%20E%20OS%20DESAFIOS%20PARA%20O%20SISTEMA%20DE%20SA%20C%20ADE%20BRASILEIRO.pdf>
3. Oliveira NLN, Matos AHC. Saúde do Idoso na Atenção Primária à Saúde: Uma Revisão Integrativa de Literatura. Rev. Contemp. [Internet]. 30º de maio de 2023 [citado 2º de janeiro de 2026];3(5):4319-37. Disponível em: <https://ojs.revistacontemporanea.com/ojs/index.php/home/article/view/788>.
4. Mikton C, de la Fuente-Núñez V, Officer A, Krug E. Ageism: a social determinant of health that has come of age. Lancet. 2021;397(10282):1333-1334. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/TG48zqQtmxPZ7N5hPxgfXNp/?format=pdf&lang=pt>
5. Braga, L. de S., Vaz, C. T., Silva, D. N. M., Machado, E. L., & Friche, A. A. de L.. (2023). Discriminação percebida por adultos mais velhos no uso de serviços de saúde: uma revisão integrativa. Ciência & Saúde Coletiva, 28(1), 155–169. <https://doi.org/10.1590/1413-81232023281.08662022>
6. Rocha RC, Aragão JA, Santos NM, Galvão APFC, Brandão LP, Aguiar JA, Lopes GJP, Pimentel CCS, Costa KCCO, Cunha RASC, Costa AS. A (des)informação da violência contra a pessoa idosa no Brasil: revisão integrativa da literatura. Rev Med Minas Gerais. 2016;26(Supl 8):S5-S10. Disponível em: <https://rmmg.org/artigo/detalhes/2113>
7. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília: DOU; 1988.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Brasília: MS; 2006.
9. Pereira LA, Nascimento JR. Velhice e invisibilidade: o etarismo na saúde pública brasileira. Interface. 2020;24(2):237-248.
10. Lopes RF. Evidências de etarismo no cuidado hospitalar: práticas clínicas e representações sociais. Rev Bioet. 2021;29(3):437-448.
11. Minayo MCS. O envelhecimento da população brasileira e os desafios para o setor saúde. Cien Saude Colet. 2022;27(3):723-732.
12. Silva TL, et al. Capacitação profissional em saúde e preconceito etário: reflexões e propostas. Saude Debate. 2022;46:987-999.
13. Veloso BA, et al. A participação social dos idosos nas políticas públicas de saúde. Saude Debate. 2018;42(117):1081-1091. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2007.10039>
14. Cavalcante LTC, Oliveira AAS. Métodos de revisão bibliográfica nos estudos científicos. Psicol Rev (Belo Horizonte). 2020;26(1):83-102. Disponível em: [doi:10.5752/P.1678-9563.2020v26n1p82-100](https://doi.org/10.5752/P.1678-9563.2020v26n1p82-100).
15. IBGE. PNAD Contínua: características gerais dos moradores. Rio de Janeiro: IBGE; 2022.
16. Goldani AM. “Ageism” in Brazil: What is it? Who does it? What to do with it? Rev Bras Estud Popul. 2010;27(2):385–405. [doi:10.1590/S0102-30982010000200009](https://doi.org/10.1590/S0102-30982010000200009)
17. Soares AR, Ferreira MF. O idoso em culturas africanas: sabedoria ancestral e papel comunitário. Rev Afro-Bras Cult. 2018;4(1):44-53.
18. Tardif M. Saberes docentes e formação profissional. Petrópolis: Vozes; 2014. Brasil. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Estatuto da Pessoa Idosa. Brasília: DOU; 2003.

19. Araújo PO, Soares IMSC, Vale PRLF, Sousa AR, Aparicio EC, Carvalho ESS. Ageism directed to older adults in health services: A scoping review. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2023;31:e4020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6727.402>
20. Grosse A, Kokorelias K. Exploring ageism in medical education: A scoping review of the educational factors affecting the attitudes of medical students and junior doctors towards older inpatients. *Australas J Ageing.* 2025;44(1):e70016. Disponível em: doi: 10.1111/ajag.70016
21. Purchase, M., Thériault, É. R., Collicutt, B. Ageism Healthcare: Implications for the Psychological Well-Being of Atlantic Canadian Healthcare Professionals. *Journal of Applied Gerontology* 2024; 43(9), 1355-1365. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/07334648241237099>
22. Fernández-Puerta L, Caballero-Bonafé A, de-Moya-Romero JR, Martínez-Sabater A, Valera-Lloris R. Ageism and Associated Factors in Healthcare Workers: A Systematic Review. *Nurs Rep.* 2024; 14(4):4039-4059. Disponível em: doi: 10.3390/nursrep14040295
23. Inglehart, R.; Haerpfer, C.; Moreno, A.; Welzel, C.; Kizilova, K.; Diez-Medrano, J.; Lagos, M.; Norris, P.; Ponarin, E.; Puranen, B.; et al. (Ed.) *World Values Survey: Round Six - Country-Pooled Datafile Version*: www.worldvaluessurvey.org/WVSDocumentationWV6.jsp ; JD Systems Institute: Madrid, Spain, 2022. Disponível em: <https://www.worldvaluessurvey.org/WVSEVStrend.jsp>
24. Marques S, Mariano J, Mendonça J, De Tavernier W, Hess M, Naegele L, Peixeiro F, Martin, D. Determinants of Ageism against Older Adults: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2020; 17(7), 2560. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph17072560>
25. Lloyd-Sherlock P, Beard J, Minicuci N, Ebrahim S, Chatterji S. Hypertension among older adults in low- and middle-income countries: prevalence, awareness and control. *Int J Epidemiol.* 2014;43(1):116-128. Disponível em: doi: 10.1093/ije/dyt215
26. World Health Organization. *Decade of Healthy Ageing 2021–2030*. Geneva: WHO; 2020. Disponível em: <https://social.desa.un.org/sdn/decade-of-healthy-ageing-2021-2030>
27. Beard JR, Officer A, de Carvalho IA, et al. The World report on ageing and health: a policy framework for healthy ageing. *Lancet.* 2016;387(10033):2145-2154. Disponível em:doi: 10.1016/S0140-6736(15)00516-4



Esta obra está licenciado com uma Licença [Creative Commons Atribuição-NãoComercial 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).