

TERRITÓRIO, CLASSE SOCIAL E SAÚDE: POR QUE A PROMOÇÃO DA SAÚDE FALHA NAS PERIFERIAS URBANAS

TERRITORY, SOCIAL CLASS AND HEALTH: WHY HEALTH PROMOTION FAILS IN URBAN PERIPHERIES

TERRITORIO, CLASE SOCIAL Y SALUD: POR QUÉ FRACASA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LAS PERIFERIAS URBANAS

Dhonayara da Silva de Campos Amorim¹, Kallyane Victória de Oliveira², Luan Cruz Barreto³, Bárbara Silva Andrade⁴, Lisia Michelle Maia Pinheiro⁵, Suellen Barbosa Carvalho⁶, Alexandre Maslinkiewicz⁷, Geoeselita Borges Teixeira⁸.

DOI: 10.54899/dcs.v23i86.4394

Recibido: 23/12/2025 | Aceptado: 20/01/2026 | Publicación en línea: 29/01/2026.

RESUMO

A promoção da saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), é concebida como estratégia orientada à atuação sobre fatores sociais, econômicos, ambientais e culturais que condicionam o processo saúde-doença. No entanto, sua implementação em periferias urbanas tem revelado limites estruturais associados às desigualdades territoriais e de classe social que caracterizam o espaço urbano brasileiro. Diante desse contexto, o presente estudo teve como objetivo analisar como as dimensões territoriais e de classe social condicionam os limites da promoção da saúde em periferias urbanas, à luz da produção científica e de documentos normativos nacionais. Trata-se de um estudo qualitativo, desenvolvido por meio de uma revisão integrativa da literatura, conduzida conforme etapas metodológicas sistematizadas, com formulação da questão norteadora a partir da adaptação da estratégia PICO. As buscas foram realizadas nas bases PubMed, SciELO e Biblioteca Virtual em Saúde, utilizando descritores controlados dos vocabulários DeCS e MeSH. Os resultados evidenciam que as ações de promoção da saúde nos territórios periféricos apresentam baixa capacidade de incidência estrutural, sendo frequentemente fragmentadas,

¹ Pós-Graduada em Geriatria e Gerontologia pela Universidade Luterana do Brasil (ULBRA), Palmas, Tocantins, Brasil. E-mail: dhonayaracampos19@gmail.com

² Graduada em Enfermagem pela Faculdades Integradas Aparício Carvalho (FIMCA), Vilhena, Rondônia, Brasil. E-mail: kallyanedourado@gmail.com

³ Graduando em Fisioterapia pela Centro Universitário de Excelência (UNEX), Jequié, Bahia, Brasil. E-mail: luanb1215@gmail.com Orcid: <https://orcid.org/0009-0007-8653-1572>

⁴ Graduada em Enfermagem pela Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), Criciúma, Santa Catarina, Brasil. E-mail: barbara_andrade26@hotmail.com Orcid: <https://orcid.org/0009-0004-3850-6418>

⁵ Pós-Graduada em Enfermagem em Nefrologia pela Universidade Estadual do Ceará, Benfica, Ceará, Brasil. E-mail: lisiamichelle@hotmail.com

⁶ Pós-Graduada em Farmácia Hospitalar e Acompanhamento Oncológico pelo Instituto de Ciências, Tecnologia e Qualidade. E-mail: Suellenc.farma@gmail.com

⁷ Especialização em Vigilância e Cuidado em Saúde no Enfrentamento da COVID-19 e outras Doenças pela Universidade Federal do Piauí, Teresina, Piauí, Brasil. E-mail: alexmaslin@ufpi.edu.br Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9722-8383>

⁸ Mestra em Ciências Farmacêuticas pela Universidade Evangélica de Goiás, Anápolis, Goiás, Brasil. E-mail: icmgeo@gmail.com Orcid: <http://orcid.org/0000-0002-8799-8373>

descontínuas e dependentes da mobilização comunitária. A precariedade da infraestrutura urbana, a insegurança, o acesso limitado a políticas públicas e a fragilidade da presença estatal configuram condicionantes centrais desses limites. Observa-se ainda que, diante da insuficiência institucional, lideranças comunitárias assumem protagonismo na condução de ações promotoras da saúde, revelando contradições entre diretrizes normativas avançadas e práticas restritas no território. Conclui-se que as falhas da promoção da saúde nas periferias urbanas não decorrem da ausência de arcabouço legal, mas da persistência de desigualdades territoriais e de classe social, demandando fortalecimento da ação estatal, articulação intersetorial contínua e incorporação dos determinantes sociais da saúde como eixo estruturante das políticas públicas.

Palavras-chave: Território. População Urbana. Promoção da Saúde. Determinantes Sociais da Saúde. Iniquidades em Saúde.

ABSTRACT

Health promotion within the Brazilian Unified Health System (SUS) is conceived as a strategy oriented towards addressing social, economic, environmental, and cultural factors that condition the health-disease process. However, its implementation in urban peripheries has revealed structural limitations associated with territorial and social class inequalities that characterize Brazilian urban space. In this context, the present study aimed to analyze how territorial and social class dimensions condition the limitations of health promotion in urban peripheries, in light of scientific production and national normative documents. This is a qualitative study, developed through an integrative literature review, conducted according to systematized methodological steps, with the guiding question formulated from an adaptation of the PICO strategy. Searches were conducted in the PubMed, SciELO, and Virtual Health Library databases, using controlled descriptors from the DeCS and MeSH vocabularies. The results show that health promotion actions in peripheral territories have a low capacity for structural impact, often being fragmented, discontinuous, and dependent on community mobilization. The precariousness of urban infrastructure, insecurity, limited access to public policies, and the fragility of the state's presence are central factors conditioning these limitations. It is also observed that, given institutional insufficiency, community leaders assume a leading role in conducting health promotion actions, revealing contradictions between advanced normative guidelines and restricted practices in the territory. It is concluded that the failures of health promotion in urban peripheries do not stem from the absence of a legal framework, but from the persistence of territorial and social class inequalities, demanding the strengthening of state action, continuous intersectoral articulation, and the incorporation of the social determinants of health as a structuring axis of public policies.

Keywords: Territory. Urban Population. Health Promotion. Social Determinants of Health. Health Inequities.

RESUMEN

La promoción de la salud en el Sistema Único de Salud (SUS) se concibe como una estrategia orientada a abordar los factores sociales, económicos, ambientales y culturales que condicionan el proceso salud-enfermedad. Sin embargo, su implementación en las periferias urbanas ha revelado limitaciones estructurales asociadas a las desigualdades territoriales y de clase social que caracterizan el espacio urbano brasileño. En este contexto, el presente estudio tuvo como objetivo analizar cómo las dimensiones territoriales y de clase social condicionan las limitaciones

de la promoción de la salud en las periferias urbanas, a la luz de la producción científica y los documentos normativos nacionales. Se trata de un estudio cualitativo, desarrollado mediante una revisión bibliográfica integradora, realizada según pasos metodológicos sistematizados, con la pregunta guía formulada a partir de una adaptación de la estrategia PICO. Se realizaron búsquedas en las bases de datos PubMed, SciELO y la Biblioteca Virtual en Salud, utilizando descriptores controlados de los vocabularios DeCS y MeSH. Los resultados muestran que las acciones de promoción de la salud en territorios periféricos tienen una baja capacidad de impacto estructural, siendo a menudo fragmentadas, discontinuas y dependientes de la movilización comunitaria. La precariedad de la infraestructura urbana, la inseguridad, el acceso limitado a las políticas públicas y la fragilidad de la presencia estatal son factores centrales que condicionan estas limitaciones. Se observa también que, dada la insuficiencia institucional, los líderes comunitarios asumen un rol protagónico en la conducción de acciones de promoción de la salud, revelando contradicciones entre las directrices normativas avanzadas y las prácticas restringidas en el territorio. Se concluye que las fallas de la promoción de la salud en las periferias urbanas no se derivan de la ausencia de un marco legal, sino de la persistencia de desigualdades territoriales y de clase social, lo que exige el fortalecimiento de la acción estatal, la articulación intersectorial continua y la incorporación de los determinantes sociales de la salud como eje estructurante de las políticas públicas.

Palabras clave: Territorio. Población urbana. Promoción de la salud. Determinantes sociales de la salud. Inequidades en salud.



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución- NoComercial 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/)

INTRODUÇÃO

A promoção da saúde é definida como uma estratégia voltada à ampliação das condições necessárias para o desenvolvimento de uma vida saudável, articulando ações que incidem sobre fatores sociais, econômicos, ambientais e culturais. No Brasil, essa concepção foi institucionalizada no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da Política Nacional de Promoção da Saúde, que reconhece a saúde como resultado das condições concretas de vida e da organização social dos territórios (Brasil, 2010).

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) estabelece que o território constitui um elemento central para o planejamento e a execução das ações em saúde, compreendido como espaço onde se expressam relações sociais, desigualdades estruturais e diferentes formas de acesso a bens e serviços. Nessa perspectiva, as ações de promoção da saúde devem considerar as especificidades territoriais e as condições sociais que influenciam diretamente o processo saúde-doença (Brasil, 2010).

O processo de urbanização brasileiro foi marcado pela expansão acelerada das cidades, associada à segregação socioespacial e à concentração de populações de baixa renda em áreas periféricas. Esses espaços caracterizam-se por limitações estruturais relacionadas à moradia, ao saneamento, à mobilidade urbana e ao acesso a políticas públicas, configurando contextos de maior vulnerabilidade social e sanitária (Giatti *et al.*, 2019).

A articulação entre classe social e território revela que a distribuição das populações no espaço urbano ocorre de forma desigual, associada às posições ocupadas na estrutura social. A concentração de grupos socialmente desfavorecidos em territórios periféricos intensifica as desigualdades em saúde, uma vez que esses espaços apresentam menor oferta de recursos materiais, institucionais e simbólicos favoráveis à promoção da saúde (Santos, 2018).

As periferias urbanas brasileiras concentram indicadores elevados de precariedade habitacional, insegurança alimentar, informalidade do trabalho e exposição à violência urbana, elementos que interferem diretamente nas possibilidades de adoção de práticas promotoras da saúde. Esses fatores integram o conjunto de determinantes sociais reconhecidos nas diretrizes nacionais de promoção da saúde (Brazil, 2021). No âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), as ações desenvolvidas nos territórios periféricos permanecem fortemente vinculadas ao cuidado assistencial e ao enfrentamento de agravos já instalados. Essa configuração limita a incorporação sistemática de estratégias voltadas à transformação das condições de vida e à atuação sobre os determinantes sociais da saúde (Dowbor; Westphal, 2013).

A PNPS estabelece como diretrizes a intersetorialidade, a participação social e a equidade, reconhecendo que a efetividade das ações depende da articulação entre diferentes políticas públicas. Contudo, a implementação dessas diretrizes nos territórios periféricos ocorre em contextos marcados por fragilidades institucionais e restrições estruturais (Brasil, 2010). A organização dos territórios periféricos também é atravessada por desigualdades no acesso a equipamentos urbanos, serviços públicos e oportunidades sociais, o que condiciona as formas de uso do espaço e as possibilidades de produção da saúde. Essas características territoriais influenciam diretamente o alcance das estratégias de promoção da saúde no contexto urbano (Giatti *et al.*, 2019).

A promoção da saúde, conforme definida nas políticas nacionais, pressupõe ações contínuas e integradas que incidem sobre os determinantes sociais da saúde, incluindo renda, educação, trabalho, habitação e ambiente. A ausência ou fragilidade dessas condições nos territórios periféricos compromete a materialização dos princípios previstos nas diretrizes do SUS

(Brasil, 2021). A análise da relação entre território, classe social e promoção da saúde evidencia a necessidade de compreender os limites estruturais que condicionam a implementação dessas ações em contextos urbanos periféricos. Esses limites estão associados à forma como o espaço urbano é produzido e às desigualdades sociais historicamente constituídas (Santos, 2018).

A relevância deste estudo reside na necessidade de aprofundar a compreensão das dinâmicas territoriais e sociais que influenciam o alcance das políticas de promoção da saúde, contribuindo para o debate sobre equidade e justiça social no âmbito das políticas públicas de saúde (Brasil, 2010). Diante desse contexto, o objetivo deste estudo é analisar como as dimensões territoriais e de classe social condicionam os limites da promoção da saúde nas periferias urbanas, à luz dos documentos normativos e da produção científica sobre o tema, buscando compreender os fatores estruturais envolvidos nesse processo (Brasil, 2021).

REFERENCIAL TEÓRICO

As transformações econômicas, políticas, sociais e culturais iniciadas no século XIX e intensificadas ao longo do século XX provocaram mudanças profundas nas formas de organização da vida em sociedade. Paralelamente, o avanço tecnológico passou a ocupar papel central nas atividades humanas, ampliando possibilidades, mas também produzindo novos desafios e tensões no cotidiano social (Brasil, 2010).

Nesse contexto, a saúde, enquanto dimensão constitutiva da vida humana em sua diversidade, foi diretamente impactada por esses processos, de modo que as mudanças sociais passaram a refletir-se na configuração dos problemas sanitários e nas formas de enfrentamento do adoecimento. Nas últimas décadas, consolidou-se a compreensão de que o cuidado com a vida deve contemplar estratégias voltadas à redução das vulnerabilidades, à prevenção de incapacidades, ao enfrentamento do sofrimento crônico e à diminuição da mortalidade prematura em indivíduos e populações (Brasil, 2010).

A promoção da saúde passou a ocupar lugar central no debate sanitário brasileiro a partir do processo de redemocratização do país, período em que se consolidaram as bases para a defesa da saúde como direito social. A 8ª Conferência Nacional de Saúde configurou-se como marco político e institucional ao afirmar a universalização do acesso aos serviços de saúde e a necessidade de políticas públicas orientadas à defesa da vida, vinculando a saúde ao conjunto dos direitos humanos e de cidadania (Brasil, 2018).

Nesse contexto, a Constituição Federal de 1988 instituiu o SUS, assegurando o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde, a integralidade da atenção e a participação social como princípios estruturantes do sistema. A organização do SUS foi orientada para responder às necessidades da população nos campos da promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde, sem discriminações ou privilégios, reforçando a responsabilidade do Estado na garantia desse direito (Brasil, 1988).

Posteriormente, a Lei Orgânica da Saúde, por meio da Lei nº 8.080, de 1990, incorporou o conceito ampliado de saúde, reconhecendo-a como resultado das condições de vida, dos modos de organização social e dos processos de produção vigentes em determinado contexto histórico e cultural. Essa abordagem buscou superar a compreensão restrita da saúde como ausência de doença, deslocando o foco exclusivamente biológico e incorporando os determinantes sociais como elementos centrais na formulação das políticas públicas de saúde (Brasil, 1990).

A partir da incorporação do conceito ampliado de saúde, a promoção da saúde passou a ser compreendida como uma estratégia estruturante do SUS, orientada para a atuação sobre os fatores sociais, econômicos, culturais e ambientais que condicionam o processo saúde-doença. Essa abordagem desloca o foco exclusivo do cuidado curativo e individualizado, enfatizando ações voltadas à melhoria das condições de vida, à redução das vulnerabilidades e à ampliação das possibilidades de produção da saúde em nível individual e coletivo (Brasil, 2018).

Nesse marco conceitual, a promoção da saúde pressupõe a articulação entre políticas públicas, participação social e intersetorialidade, reconhecendo que a produção da saúde não se limita ao setor sanitário. A atuação sobre os determinantes sociais da saúde passa a ser considerada elemento central para a efetividade das ações, uma vez que as condições de moradia, trabalho, renda, educação e ambiente influenciam diretamente os padrões de adoecimento e bem-estar das populações (Brasil, 2010).

A abordagem da promoção da saúde pressupõe a articulação entre diferentes setores governamentais e sociais, considerando que a produção da saúde não se limita às ações do setor sanitário. Elementos como habitação, trabalho, educação, renda, mobilidade urbana e ambiente são reconhecidos como componentes indissociáveis das estratégias voltadas à melhoria da qualidade de vida e à redução das desigualdades sociais. Nesse sentido, os determinantes sociais da saúde passaram a ocupar posição central nas formulações teóricas e normativas relacionadas à promoção da saúde. Esses determinantes referem-se às condições em que as pessoas nascem, vivem, trabalham e envelhecem, sendo moldados por processos econômicos, políticos e sociais

que produzem diferentes padrões de exposição a riscos e oportunidades de proteção à saúde (Brasil, 2021).

No contexto brasileiro, a incorporação dos determinantes sociais da saúde ao planejamento das ações do SUS ampliou a compreensão dos fatores envolvidos no processo saúde-doença. Essa incorporação evidenciou que as desigualdades em saúde não decorrem apenas de escolhas individuais, mas estão associadas à distribuição desigual de recursos, serviços e oportunidades nos diferentes grupos sociais e territórios (Dowbor; Westphal, 2013). A PNPS foi instituída como instrumento normativo destinado a orientar a implementação dessas diretrizes no âmbito do SUS. A PNPS estabelece princípios como equidade, intersetorialidade, participação social, sustentabilidade e autonomia, reconhecendo a necessidade de ações integradas e contínuas para enfrentar os determinantes sociais da saúde (Brasil, 2010).

Entre os objetivos da PNPS destaca-se a promoção da qualidade de vida e a redução das vulnerabilidades associadas aos modos de viver, trabalhar e se relacionar em sociedade. A política orienta que as ações de promoção da saúde sejam desenvolvidas de forma transversal, considerando os contextos sociais e territoriais nos quais se inserem as populações atendidas. A operacionalização da promoção da saúde no SUS envolve a articulação entre a vigilância em saúde, a atenção primária e as demais redes de atenção, buscando integrar ações individuais e coletivas. Essa integração visa ampliar a capacidade de resposta do sistema às necessidades sociais em saúde, superando abordagens fragmentadas e centradas exclusivamente na assistência curativa (Brasil, 2021).

No âmbito da APS, a promoção da saúde é reconhecida como componente essencial do cuidado, sendo desenvolvida a partir do vínculo com os territórios e da identificação das necessidades das populações adscritas. Essa atuação pressupõe o reconhecimento das condições sociais e ambientais que influenciam o processo saúde-doença, orientando práticas voltadas à melhoria das condições de vida (Dowbor; Westphal, 2013). Dessa forma, a promoção da saúde consolida-se como uma abordagem que articula políticas públicas, ações intersetoriais e participação social, fundamentada no reconhecimento dos determinantes sociais da saúde e na necessidade de reduzir desigualdades historicamente produzidas. Essa concepção estabelece as bases teóricas para a análise das relações entre saúde, território e condições sociais, que serão aprofundadas nos tópicos subsequentes (Brasil, 2010).

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, desenvolvido por meio de uma revisão integrativa da literatura, método que possibilita a síntese do conhecimento científico a partir da análise sistemática e crítica de estudos com diferentes abordagens metodológicas. A revisão integrativa foi adotada por permitir a compreensão ampliada de fenômenos complexos relacionados às dimensões sociais, territoriais e estruturais da promoção da saúde, conforme diretrizes metodológicas consolidadas na literatura científica (Mendes; Silveira; Galvão, 2019).

O desenvolvimento da revisão seguiu as etapas metodológicas recomendadas para esse tipo de estudo, compreendendo: definição do tema, elaboração da questão norteadora, estabelecimento da estratégia de busca, seleção dos estudos, extração e organização dos dados, análise crítica do material incluído e síntese dos resultados. A elaboração da questão norteadora constitui etapa central da revisão integrativa, pois orienta a definição dos descritores, a estratégia de busca e os critérios de seleção dos estudos.

A questão norteadora deste estudo foi formulada a partir da adaptação da estratégia PICO, considerando a natureza analítica da promoção da saúde no campo da saúde coletiva. Dessa forma, a questão orientadora foi definida como: quais são os fatores territoriais e de classe social descritos na literatura científica que condicionam os limites da promoção da saúde em periferias urbanas?

A partir dessa questão, estruturou-se a estratégia de busca da revisão integrativa, fundamentada na adaptação da estratégia PICO às especificidades dos estudos em saúde coletiva e aos contextos urbanos periféricos. Com o objetivo de assegurar clareza metodológica e transparência no processo de construção da busca, os elementos da estratégia PICO e os respectivos descritores controlados utilizados são apresentados na Tabela 1, evidenciando a articulação entre população/contexto, fenômeno de interesse e desfechos analisados neste estudo.

Tabela 1 – Estratégia PICO utilizada na revisão integrativa.

ELEMENTO PICO	DEFINIÇÃO NO ESTUDO	DESCRIPTORIOS (DECS/MESH)
P (População/Contexto)	Populações residentes em periferias urbanas	Território; População Urbana; Urbanização
I (Interesse/Fenômeno)	Promoção da saúde	Promoção da Saúde; Health Promotion
C (Comparação)	Não se aplica	–
O (Desfecho)	Limites e condicionantes da promoção da saúde associados às desigualdades sociais	Determinantes Sociais da Saúde; Social Determinants of Health; Iniquidades em Saúde

Fonte: Elaborado pelos autores, 2025.

A busca dos estudos foi realizada de forma sistemática nas bases de dados PubMed, *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), selecionadas por sua relevância na indexação de produções científicas nacionais e internacionais na área da saúde coletiva. A estratégia de busca foi estruturada com o uso de descritores controlados identificados nos vocabulários *Medical Subject Headings* (MeSH) e Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), combinados por meio dos operadores booleanos *AND* e *OR*, respeitando a lógica da estratégia PICO e garantindo a reprodutibilidade do processo de busca.

Os critérios de inclusão abrangeram artigos científicos disponíveis na íntegra, publicados em periódicos nacionais e internacionais, que abordassem a relação entre território, classe social, determinantes sociais da saúde e promoção da saúde em contextos urbanos periféricos. Foram excluídos estudos duplicados, publicações que não se configurassem como artigos científicos, bem como aqueles cujo foco não estivesse alinhado à questão norteadora do estudo. A organização e o gerenciamento das referências identificadas foram realizados com o auxílio de software gerenciador de referências bibliográficas, possibilitando a identificação de duplicidades, a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão e a sistematização do processo de seleção dos estudos, assegurando maior rigor metodológico, transparência e rastreabilidade à revisão integrativa.

A seleção dos estudos ocorreu em duas etapas: inicialmente, procedeu-se à leitura dos títulos e resumos para verificação da pertinência temática; posteriormente, realizou-se a leitura na íntegra dos artigos elegíveis. A extração dos dados considerou informações referentes aos objetivos, abordagens teóricas, contextos territoriais analisados e principais contribuições para a compreensão dos limites da promoção da saúde nas periferias urbanas. A análise dos dados foi conduzida de forma descritiva e interpretativa. Por se tratar de estudo baseado em dados secundários de domínio público, não houve necessidade de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Tabela 2 apresenta a caracterização dos estudos incluídos nesta análise, evidenciando diversidade metodológica, distintos recortes territoriais e múltiplas abordagens sobre promoção da saúde em contextos periféricos urbanos, permitindo a identificação de padrões empíricos e tensões recorrentes entre diretrizes normativas e práticas concretas nos territórios.

Tabela 2 – Caracterização dos estudos incluídos.

AUTOR	ANO	TIPO DE ESTUDO	TERRITÓRIO ANALISADO	FOCO PRINCIPAL
Nunes; Rocha; Rodriguez	2023	Métodos mistos	Favelas do Rio de Janeiro	Lideranças comunitárias femininas
Pinto; Silva	2019	Qualitativo	Território urbano vulnerável	Intersetorialidade e PNPS
Ribeiro <i>et al.</i>	2024	Qualitativo	Periferia de Fortaleza	Determinantes sociais da saúde
Fernandes <i>et al.</i>	2023	Etnografia	Periferia urbana paulista	Vulnerabilidade e governança informal
Brasil	2010	Documento normativo	Nacional	PNPS
Brasil	2018	Documento normativo	Nacional	PNPS consolidada
Brazil	2021	Documento técnico	Nacional	Abordagens em promoção da saúde

Fonte: Elaborado pelos autores, 2025.

Os resultados mostram que as ações de promoção da saúde nos territórios periféricos apresentam baixa capacidade de incidência estrutural, concentrando-se em iniciativas localizadas e descontínuas, frequentemente dependentes da mobilização comunitária e pouco sustentadas por políticas públicas permanentes, conforme observado nos estudos empíricos analisados (Pinto; Silva, 2019; Nunes; Rocha; Rodriguez, 2023). A dimensão territorial emerge como fator determinante para os limites da promoção da saúde, uma vez que precariedades relacionadas ao saneamento básico, à mobilidade urbana, à insegurança e ao acesso desigual a serviços públicos condicionam diretamente as possibilidades de implementação das ações previstas nas diretrizes nacionais (Ribeiro *et al.*, 2024; Brasil, 2010).

Observa-se que a atuação estatal nos territórios periféricos ocorre de forma fragmentada e predominantemente assistencial, priorizando o enfrentamento de agravos já instalados em detrimento de estratégias voltadas à transformação das condições de vida, o que reforça o distanciamento entre os princípios da PNPS e a prática cotidiana nos serviços de saúde (Brasil, 2010; Brasil, 2018). Nos contextos analisados por Nunes; Rocha e Rodriguez (2023), verifica-se que lideranças comunitárias femininas assumem protagonismo na condução de ações promotoras da saúde, atuando como mediadoras entre população e serviços públicos diante da ausência ou insuficiência do Estado nesses territórios vulnerabilizados.

Essas lideranças desenvolvem estratégias voltadas à criação de ambientes favoráveis à saúde, fortalecimento da participação social e mobilização de redes comunitárias, ainda que enfrentem restrições impostas pela violência urbana e pela precariedade das políticas públicas, conforme evidenciado nos resultados empíricos do estudo (Nunes; Rocha Rodriguez, 2023). Pinto e Silva (2019) demonstra que as ações de promoção da saúde que mais se aproximam das diretrizes da PNPS decorrem do trabalho intersetorial da rede comunitária local, revelando que a

intersetorialidade se configura como prática frágil, dependente de iniciativas pontuais e sem garantia de continuidade institucional.

A análise dos determinantes sociais da saúde realizada por Ribeiro *et al.* (2024) evidencia que avanços pontuais nas condições intradomiciliares, como alimentação e acesso a benefícios sociais, não são suficientes para neutralizar os impactos negativos dos determinantes extraterritoriais relacionados à infraestrutura urbana e à segurança pública. Em territórios marcados por elevada vulnerabilidade social, Fernandes *et al.* (2023) identifica a presença de formas de governança informal que passam a organizar aspectos da vida social e do cuidado em saúde, evidenciando a insuficiência da ação estatal e os limites das políticas públicas formais nesses espaços.

Os resultados convergem ao indicar que a promoção da saúde nas periferias urbanas ocorre em cenário de contradições, no qual diretrizes normativas avançadas coexistem com práticas limitadas por desigualdades territoriais e de classe social, comprometendo a efetivação do princípio da equidade (Brasil, 2010; Brazil, 2021). A discussão dos resultados constata que a promoção da saúde, conforme definida pelas políticas nacionais, enfrenta limites estruturais quando implementada em territórios periféricos, pois as condições materiais de vida restringem a capacidade de transformação social pretendida pelas diretrizes da PNPS (Brasil, 2010; Brasil, 2018).

Embora o território seja reconhecido como elemento central para o planejamento das ações, percebe-se que essa centralidade raramente se traduz em investimentos estruturais capazes de alterar os determinantes sociais da saúde, reforçando a distância entre formulação normativa e execução prática (Ribeiro *et al.*, 2024; Brazil, 2021). O confronto entre os achados de Nunes; Rocha e Rodriguez (2023) e os documentos normativos destaca que, diante da fragilidade institucional, a promoção da saúde passa a ser sustentada por iniciativas comunitárias, deslocando para os próprios territórios a responsabilidade por ações que deveriam ser garantidas pelo Estado (Nunes; Rocha; Rodriguez, 2023; Brasil, 2010).

Esse deslocamento revela uma contradição central da promoção da saúde em contextos periféricos, pois, ao mesmo tempo em que valoriza a participação social, tende a naturalizar a precariedade institucional e a transferência de responsabilidades para populações historicamente vulnerabilizadas (Pinto; Silva, 2019; Fernandes *et al.*, 2023). Pinto e Silva (2019) dialogam criticamente com a PNPS ao demonstrar que a intersetorialidade, embora prevista como diretriz

estruturante, ocorre de forma limitada e dependente de arranjos locais, sem institucionalização suficiente para garantir sustentabilidade das ações (Pinto; Silva, 2019; Brasil, 2018).

Quando se comparam os resultados o documento técnico Brasil (2021), observa-se que a abordagem ampliada da promoção da saúde permanece predominantemente no plano discursivo, encontrando dificuldades para se materializar nos territórios marcados por desigualdades estruturais (Brasil, 2021; Ribeiro *et al.*, 2024). A análise dos determinantes sociais reforça que intervenções isoladas não são capazes de enfrentar a lógica estrutural da desigualdade urbana, exigindo articulação efetiva com políticas de habitação, saneamento, transporte, segurança e assistência social para que a promoção da saúde alcance maior efetividade (Ribeiro *et al.*, 2024; Brasil, 2010).

Fernandes *et al.* (2023) aprofunda essa discussão ao demonstrar que a ausência do Estado favorece o surgimento de governanças informais, que, embora organizem o território, não substituem políticas públicas estruturantes nem garantem equidade no cuidado em saúde. Isso indica que as falhas da promoção da saúde nas periferias urbanas não decorrem da ausência de diretrizes legais, mas da incapacidade histórica do Estado de enfrentar as desigualdades territoriais e de classe social que estruturam o processo saúde-doença (Brasil, 1988; Brasil, 1990). À luz da Constituição Federal de 1988 e da Lei nº 8.080/1990, os resultados discutidos evidenciam uma contradição entre o direito à saúde formalmente assegurado e as condições concretas de vida nos territórios periféricos, reforçando a necessidade de políticas públicas que enfrentem as desigualdades como eixo central da promoção da saúde (Brasil, 1988; Brasil, 1990).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise desenvolvida neste estudo permite afirmar que os limites da promoção da saúde nas periferias urbanas estão diretamente condicionados pelas dimensões territoriais e de classe social que estruturam o espaço urbano brasileiro. A produção científica e os documentos normativos examinados convergem ao indicar que a efetividade das ações de promoção da saúde é profundamente influenciada pela forma desigual como o território é produzido e ocupado, o que impõe restrições concretas às possibilidades de transformação das condições de vida nesses espaços.

Nesse sentido, a questão norteadora do estudo é esclarecida ao mostrar que fatores como precariedade da infraestrutura urbana, insegurança, acesso limitado a políticas públicas e

fragilidade da presença estatal constituem condicionantes centrais dos limites observados. Esses elementos não apenas dificultam a implementação das diretrizes previstas na Política Nacional de Promoção da Saúde, como também deslocam para as populações periféricas e para as redes comunitárias responsabilidades que deveriam ser assumidas de forma estruturante pelo Estado.

Ao atender ao objetivo proposto, o estudo demonstra que as desigualdades de classe social se expressam territorialmente, produzindo contextos nos quais a promoção da saúde tende a assumir caráter localizado, descontínuo e pouco sustentável. Mesmo diante de um arcabouço normativo consistente, a distância entre formulação política e materialização das ações permanece evidente, especialmente quando não há investimentos estruturais capazes de enfrentar os determinantes sociais da saúde que operam nos territórios periféricos.

Os achados também indicam que a centralidade atribuída ao território nas diretrizes da promoção da saúde nem sempre se traduz em estratégias capazes de incidir sobre as bases estruturais das desigualdades urbanas. A intersectorialidade e a participação social, embora reconhecidas como princípios fundamentais, revelam-se limitadas quando não acompanhadas de governança institucional, financiamento adequado e articulação efetiva entre políticas públicas.

Dessa forma, conclui-se que as falhas da promoção da saúde nas periferias urbanas não decorrem da ausência de diretrizes legais ou conceituais, mas da permanência de desigualdades territoriais e de classe social que restringem sua operacionalização. O enfrentamento desses limites exige o fortalecimento da ação estatal, a articulação intersectorial contínua e a incorporação das desigualdades como eixo central do planejamento das políticas públicas. Somente a partir desse movimento será possível ampliar o alcance da promoção da saúde e avançar na construção de ações mais equitativas, sustentáveis e socialmente comprometidas nos territórios urbanos periféricos.

REFERÊNCIAS

BRAZIL. Ministry of Health of Brazil. Secretariat of Health Surveillance. Department of Health Analysis and Surveillance of Noncommunicable Diseases. Health promotion: approaches to the topic: notebook 1 [electronic resource]. Brasília: Ministry of Health of Brazil, 2021. 58 p.: il. ISBN 978-65-5993-127-9. **Translation of: Promoção da Saúde: aproximações ao tema: caderno 1. Available at:**

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2018. 40 p.: il. ISBN 978-85-334-2670-2.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. 3. ed. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2010. 60 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 7). ISBN 978-85-334-1639-0.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos, 1988. **Texto compilado**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União: seção 1**, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm.

DOWBOR, Tatiana Pluciennik; WESTPHAL, Márcia Faria. Social determinants of health and the Brazilian Family Health Care Program in the city of São Paulo, Southeastern Brazil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 4, ago. 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004585>

FERNANDES, Amanda Dourado Souza Akahosi *et al.* Atenção Básica em Saúde em um cenário de vulnerabilidade: produção de saúde e governança informal do tráfico. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 37, n. 109, set./dez. 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-4014.2023.37109.006>.

GIATTI, Leandro Luiz *et al.* Nexus of exclusion and challenges for sustainability and health in an urban periphery in Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 7, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00007918>

NUNES, Nilza Rogéria de Andrade; ROCHA, Dais; RODRIGUEZ, Andréa. Health promotion in debate: the role of women leaders in the favelas of Rio de Janeiro, Brazil. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, Basel, v. 20, n. 11, e5926, 2023. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph20115926>

PINTO, Maria Benegelan; SILVA, Kênia Lara. Promoção da saúde no território: potências e desafios dos projetos locais. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, e20180282, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2018-0282>

RIBEIRO, Kelen Gomes *et al.* Determinantes sociais da saúde dentro e fora de casa: captura de uma nova abordagem. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 140, jan./mar. 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/2358-289820241408590P>

SANTOS, José Alcides Figueiredo. Classe social, território e desigualdade de saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 27, n. 2, abr./jun. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902018170889>