



Doenças de pessoas negligenciadas no Brasil: o olhar da Bioética Crítica sobre as determinações sociais da saúde

Diseases affecting Neglected People in Brazil: The Critical Bioethics Perspective on the Social Determination of Health

Autores

Alanis Carolina Guimarães

Faculdades Pequeno Príncipe

Email: alaniscarolinag@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-1370-4571>

Gabriela Boiago Dias

Faculdades Pequeno Príncipe

Email: gabidiias@hotmail.com

 <https://orcid.org/0000-0003-3594-3351>

Thiago Rocha da Cunha

Pontifícia Universidade Católica do Paraná

Email: rocha.thiago@pucpr.br

 <https://orcid.org/0000-0002-6330-2714>

Leandro Rozin

Faculdades Pequeno Príncipe

Email: leandro.rozin@professor.fpp.edu.br

 <https://orcid.org/0000-0002-6691-5903>

Leide da Conceição Sanches

Faculdades Pequeno Príncipe

Email: leide.sanches@professor.fpp.edu.br

 <https://orcid.org/0000-0002-5832-7132>



Resumo

As Doenças Tropicais Negligenciadas (DTNs) são historicamente associadas à pobreza, resultantes de determinações sociais que reproduzem condições de desigualdades e vulnerabilidade social e sanitária. Por meio da abordagem teórico-reflexiva, fundamentada em referenciais da Bioética Crítica, este artigo explora os determinantes e as determinações sociais da saúde envolvidos no contexto das DTNs. O estudo aponta que a partir de um ponto de vista dialético histórico-estrutural, são as pessoas nestas situações que estão primeiramente negligenciadas e, por consequência, as doenças. Discute-se que é necessário superar a abordagem puramente biomédica sobre as DTNs e atuar nas determinações sociais que a reproduzem. Conclui-se que isso deve ocorrer por meio do desvelamento da racionalidade instrumental que orienta as abordagens hegemônicas sobre DTNs, bem como do enfrentamento das hierarquias coloniais que mantêm as pessoas – e suas doenças – negligenciadas.

Abstract

Neglected Tropical Diseases (NTDs) are historically associated with poverty, resulting from social determinations that reproduce conditions of inequality and social and health vulnerability. Through a theoretical-reflective approach, based on Critical Bioethics frameworks, this article explores the social determinants and health determinations involved in the context of NTDs. The study points out that, from a dialectical historical-structural point of view, it is people in these situations who are primarily neglected and, consequently, the diseases. It is discussed that it is necessary to overcome the purely biomedical approach to NTDs and act on the social determinations that reproduce them. It is concluded that this should occur through the unveiling of the instrumental rationality that guides hegemonic approaches to NTDs, and through confrontation with the colonial hierarchies that keep people—and their diseases—neglected.

Key words

Doenças tropicais negligenciadas; determinantes sociais da saúde; determinação social da saúde; bioética; fatores socioeconômicos.

Neglected tropical diseases; social determinants of health; social determination of health; bioethics; socioeconomic factors.

Fechas

Recibido: 04/09/2023. Aceptado: 09/02/2024



1. Introdução

O termo doenças tropicais foi cunhado no século XIX, em referência a doenças das regiões situadas nas zonas tropicais e subtropicais do planeta, entre elas a América Central, América do Sul, África, Sul e Sudeste Asiático, Norte Australiano e diversas ilhas do Oceano Pacífico. Com a expansão colonizadora dessas áreas geográficas, descobriram-se as denominadas patologias exóticas, que posteriormente receberam a designação de “doenças tropicais”. Esse termo evidenciava o pensamento colonialista da época, reforçando ideias de que as características climáticas dessas regiões inviabilizariam o crescimento e o desenvolvimento de grandes sociedades, sendo por isso necessário um processo civilizatório realizado por populações brancas europeia e norte-americana (Andrade, 2018).

Estima-se que um bilhão de pessoas em 149 países são afetadas por pelo menos uma DTN, com destaque ao continente Africano, que detém a maior concentração de casos

A visão fatalista climático-geográfica foi encarada de forma negativa por muitos cientistas brasileiros. Para o médico Afrânio Peixoto (1876-1947), professor de higiene pública da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, não existiam doenças unicamente determinadas pelo clima. Considerando o forte componente de subdesenvolvimento, as doenças tropicais estariam também associadas às condições precárias de vida e econômicas da população. Posteriormente, o médico sanitário Carlos Chagas também

refutou essas ideias, mas logo percebeu a existência de particularidades, inclusive climáticas, que influenciavam o aparecimento das doenças tropicais (Andrade, 2018).

As Doenças Tropicais Negligenciadas (DTNs) são atualmente definidas como doenças atreladas à pobreza, que impõem uma grande carga econômica, social e humana sobre mais de um bilhão de pessoas no mundo, em especial de áreas tropicais e subtropicais e em condições de marginalização. A epidemiologia das DTNs é complexa e muitas vezes relacionada às condições ambientais. Atualmente, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estabelece 20 condições que se enquadram entre as DTN: úlcera de Buruli; doença de Chagas; dengue e chikungunya; dracunculose; equinococose; infecção por trematódeos; tripanossomíase africana; leishmaniose; hanseníase; filariose linfática; micetoma e outras micoses; oncocercose; raiva, escabiose e outros ectoparasitas; esquistossomose; helmintíases; teníase e cisticercose; tracoma; boubá e outras treponematoses; helmintíases; envenenamento por picada de cobra (Organização Mundial da Saúde, [s.d.]-a).

Estima-se que um bilhão de pessoas em 149 países são afetadas por pelo menos uma DTN, com destaque ao continente Africano, que detém a maior concentração de casos (Zicker et al., 2019). São estimados no mundo mais de 200 mil óbitos anualmente, sendo que desses, 10 mil óbitos/ano ocorrem na América Latina, majoritariamente decorrentes da doença de Chagas (Brito et al., 2022). Essas doenças persistem como resultado das condições de vulnerabilidade social e sanitária de populações também negligenciadas, além de reforçar estigmas, exclusões sociais e discriminação. Por isso, ampliar a visão das DTNs para além da abordagem biomédica é necessário para mudar a situação epidemiológica vigente (Zicker et al., 2019).



No campo da saúde pública e da epidemiologia, as DTNs são abordadas principalmente por dois modelos teóricos: os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) e as Determinações Sociais da Saúde. O primeiro aponta que “as condições de vida cotidianas constituem os DSS e são responsáveis pela maior parte das desigualdades na saúde dentro e entre países” (CDSS, 2010, p. 1). O segundo compreende a saúde-doença “como um processo dialético, sendo, no modo de produção capitalista, uma expressão de contradição e desigualdade [implicando] estruturalmente os aspectos biológicos, econômicos, sociais e culturais” (Silva & Bicudo, 2022, p. 120).

Deste modo, a abordagem desenvolvida neste trabalho permite um diálogo interdisciplinar sobre os conflitos bioéticos envolvidos nas doenças que afetam pessoas negligenciadas

Por meio de uma abordagem teórico-reflexiva apoiada em referenciais da Bioética Crítica (Lorenzo & Cunha, 2014; Cunha, 2023, Damasceno & Cunha, 2023), este estudo objetiva explorar os principais determinantes e as determinações sociais da saúde envolvidos no contexto das DTNs, sob perspectiva das populações acometidas. Na dimensão teórica, a Bioética Crítica problematiza os conflitos éticos envolvendo a saúde e a vida a partir de um diálogo entre a Teoria Crítica de Frankfurt e os Estudos da Colonialidade (Lorenzo & Cunha, 2014).

Na dimensão metodológica, a partir de uma abordagem dialética, evidencia oposições e contradições entre os valores éticos presentes nos casos concretos, situando, a partir da delimitação de uma forma de governança da saúde global denominada como “grande nebulosa”, seus impactos na produção e reprodução social da vida, tendo como foco as populações hierarquizadas por estruturas coloniais (Cunha, 2023).

As tensões entre esses modelos teóricos são assumidas e mediadas por uma perspectiva dialógica da bioética que aponta para além da teoria, reforçando uma práxis. Tal perspectiva está em consonância com a posição de Adela Cortina, para quem:

[...] esa razón dialógica no puede ser una mera razón formal, sin sangre en las vena. Sin pasión por la justicia, sin indignación ante las injusticias, sin compasión por los vulnerables jamás los diálogos se celebrarán en serio, jamás se esforzarán por descubrir cómo poner los medios al servicio de todos los seres humanos. (Cortina, 2016, p. 10).

Deste modo, a abordagem desenvolvida neste trabalho permite um diálogo interdisciplinar sobre os conflitos bioéticos envolvidos nas doenças que afetam pessoas negligenciadas, contribuindo para a construção teórica e normativa sobre temas como desigualdades em saúde, violações da dignidade humana e injustiça social.



2. Doenças de pessoas negligenciadas

A expressão doenças negligenciadas surgiu em 1977 no programa “Great Neglected Diseases of Making”, na Fundação Rockefeller, para se referir a doenças que não despertavam interesse econômico das indústrias farmacêuticas, já que estavam associadas a países de baixa e média renda e, portanto, ao baixo retorno financeiro. A expressão doenças infecciosas da pobreza surgiu em 2008 visando ampliar o conceito das doenças negligenciadas, relacionando-as a investimentos financeiros e à pesquisa, para então considerar as populações acometidas (Souto-Marchand, 2017).

O uso do termo doenças de pessoas negligenciadas, embora não seja formalmente estabelecido, visa dar enfoque à suscetibilidade a doenças ligadas à pobreza gerada pela falta de acesso a serviços básicos (Souto-Marchand, 2017). As populações mais afetadas pelas DTNs são as que se encontram em situação de pobreza e vulnerabilidade

socioeconômica e sanitária, bem como as populações isoladas e distantes dos sistemas de saúde (Zicker et al., 2019). O acesso limitado a serviços de saúde impede o adequado processo de diagnóstico e tratamento, de forma a propagar a iniquidade em saúde e contribuir para a manutenção da epidemiologia correlata às DTNs (Silva-Pires et al., 2017).

As populações marginalizadas inserem-se em um contexto de precariedade do sistema de saúde, desinteresse político e falta de investimento e de políticas públicas, cenário este que contribui para a propagação de doenças transmissíveis e potencialmente erradicáveis, gerando importante impacto socioeco-

nômico (Zicker et al., 2019). Além disso, essas doenças relacionam-se à significativa morbimortalidade, geram prejuízo ao crescimento e desenvolvimento neuropsicomotor infantil e causam danos à capacidade física e laboral da população (Brito et al., 2022). Dessa forma, as DTNs são vistas, concomitantemente, como causa e consequência do subdesenvolvimento e devem ser combatidas a partir de uma coordenação multiprofissional que englobe a complexidade de fatores e determinantes sociais envolvidos (Zicker et al., 2019).

A precariedade de condições de vida, a invisibilidade social, as desigualdades sociais e a iniquidade em saúde contribuem categoricamente para a perpetuação das DTNs (Brasil, 2018). Assim, é relevante a atuação bioética no manejo de questões éticas que surgem devido a relação intrínseca das DTNs com iniquidades e injustiça social. A bioética surge nesse contexto para dialogar com as questões sociais relacionadas às doenças de pessoas negligenciadas, estabelecendo questionamentos acerca da desigualdade social, iniquidade e justiça social no cuidado em saúde, bem como manejo de recursos e políticas públicas e sanitárias (Andrade, 2015).

Em 2015, a adoção dos objetivos de desenvolvimento sustentável (ODS) por 193 países membros da ONU tornou as DTNs formalmente reconhecidas como alvo prioritário para uma ação global integrada (Brasil, 2018). Em vista disso, a OMS apresentou um roteiro visando a eliminação das DTNs para alcance dos ODS até 2030 (Brito et al., 2022).

Assim, é relevante a atuação bioética no manejo de questões éticas que surgem devido a relação intrínseca das DTNs com iniquidades e injustiça social



São definidas 17 metas globais para eliminação da pobreza e promoção da dignidade até o ano de 2030, dando enfoque para populações marginalizadas e para doenças que geram morbimortalidade precoce (Zicker et al., 2019).

O Brasil, como país signatário dos ODS, reforça sua responsabilidade histórica, inclusive sua liderança neste processo, priorizando nesta perspectiva ações de vigilância em saúde

Embora as DTNs estejam explícitas entre as metas do objetivo 3 dos ODS “assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades”, os demais objetivos também possuem relação direta com as DTNs, consoante a complexidade desse tema. Intervenções bem-sucedidas contra as DTNs contribuem para o cumprimento dos demais objetivos estabelecidos na ODS, como aliviar a pobreza (objetivo 1) e a fome (objetivo 2), ter acesso à educação (objetivo 4), levar uma vida produtiva no trabalho (objetivo 8) e promover igualdade (objetivos 5 e 10). O progresso em direção a outros objetivos pode acelerar o alcance das metas das DTNs (OMS, 2020).

Dessa forma, revela-se a importância de gestão e ações em saúde pública eficazes para a redução da incidência, sequelas, mortalidade e do risco epidêmico de tais doenças (Zicker et al., 2019). O Brasil, como país signatário dos ODS, reforça sua responsabilidade histórica, inclusive sua liderança neste processo, priorizando nesta perspectiva ações de vigilância em saúde (Brasil, 2018). O Sistema Único de Saúde (SUS), apesar disso, mostra-se ainda estruturalmente vulnerável, de forma a apresentar déficits na organização, financiamento e gestão, dificultando avanços (Zicker et al., 2019).

3. Determinação social do processo saúde-doença e determinantes sociais da saúde

Os DSS representam uma concepção ampliada em saúde, sendo responsáveis por condicionar tanto a distribuição de doenças como as formas de manejá-las. A incorporação desse conceito em saúde é reconhecida desde 1990, mas somente ganhou força com a criação do Comitê de Pesquisa Social, Econômica e Comportamental pela OMS, em 2000. Mesmo assim, os DSS não foram totalmente integrados às políticas públicas de saúde, uma vez que os sistemas tradicionais de saúde ainda se concentram em princípios biomédicos (Fernández et al., 2019).

A OMS define DSS como:

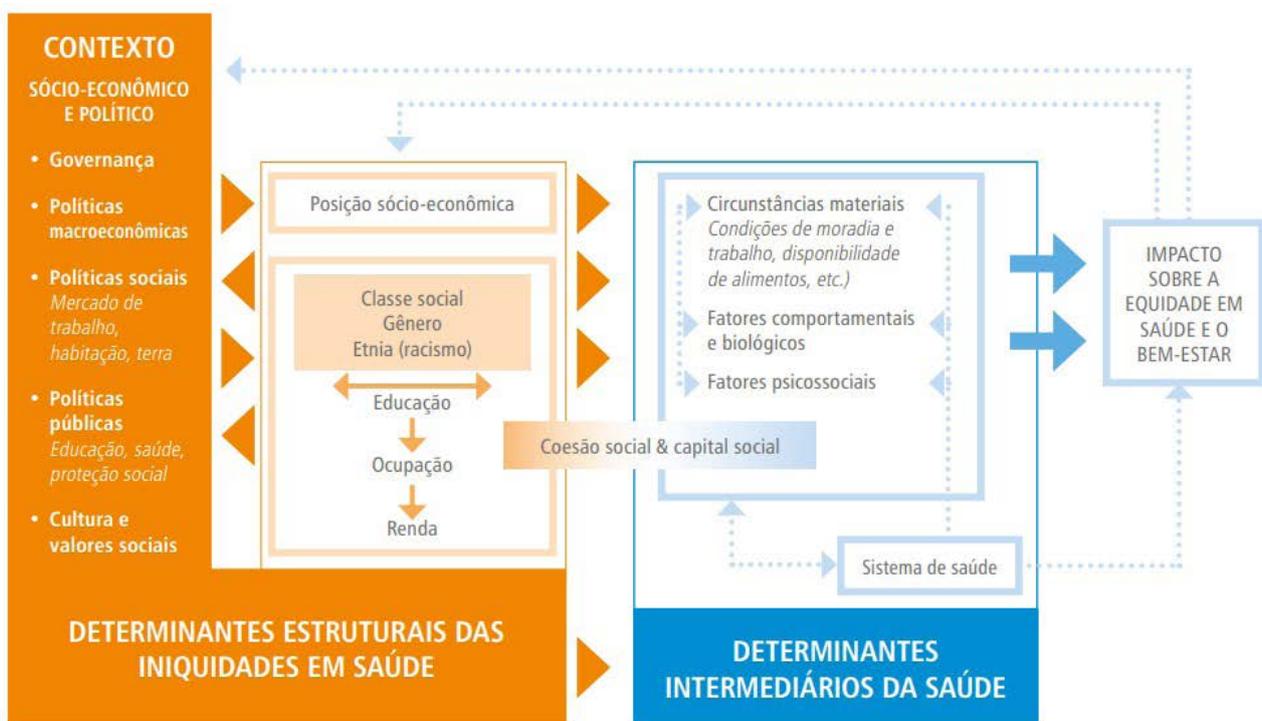
As circunstâncias nas quais as pessoas nascem, crescem, trabalham, vivem e envelhecem, e o amplo conjunto de forças e sistemas que moldam as condições da vida diária. Essas forças e sistemas incluem políticas e sistemas econômicos, agendas de desenvolvimento, normas sociais, políticas sociais e sistemas políticos. (Organização Pan-Americana da Saúde, S. D.)

Os DSS mais importantes são aqueles que geram estratificação social, ditos determinantes estruturais, e compreendem a distribuição de renda, o preconceito baseado em



valores relativos a gênero e etnia e as estruturas políticas e de governança. Esses determinantes geram posicionamentos socioeconômicos dentro de estruturas de poder, prestígio e acesso a recursos, e dessa forma são considerados a causa mais profunda das iniquidades em saúde. O impacto dos determinantes estruturais sobre os determinantes intermediários – condições de vida, aspectos psicossociais e elementos comportamentais e/ou biológicos – moldam as condições de saúde dos indivíduos (OMS, 2011). A ilustração 1 esquematiza a dinâmica desse processo.

Ilustração 1. Marco conceitual dos determinantes sociais da saúde



Fonte: OMS, 2011

Os determinantes sociais têm, portanto, papel importante na perpetuação das doenças negligenciadas tanto nos contextos nacionais quanto na dimensão global, o que remete a uma profunda interface com a área da bioética, especialmente na dimensão da justiça distributiva e da justiça social (Fortes, 2015).

Por exemplo, os problemas ambientais e a falta de saneamento básico e moradias precárias em áreas endêmicas favorecem a proliferação de vetores e a contaminação de pessoas pela esquistossomose e dengue. A desnutrição associada à pobreza extrema debilita o sistema imunológico e aumenta a suscetibilidade às infecções. O analfabetismo e a baixa escolaridade dificultam o acesso às informações sobre prevenção de doenças e tratamento adequado. A estigmatização de portadores de hanseníase e doença de Chagas estimula comportamentos discriminatórios e limita o apoio social. As longas distâncias até serviços de saúde e o custo do transporte desencorajam o



diagnóstico e tratamento precoces. Assim, os determinantes sociais criam condições injustas para o surgimento e perpetuação das doenças que afetam, sobretudo, as pessoas mais pobres das periferias urbanas e territórios rurais.

De fato, a pobreza é considerada o determinante principal no contexto das DTNs, devido sua associação às condições de vida das populações e ao acesso aos serviços de saúde (Fernández et al., 2019). A dinamicidade e multidimensionalidade da pobreza advêm da compreensão da inter-relação entre determinantes estruturais e intermediários, que impactam diretamente na posição socioeconômica de indivíduos e grupos populacionais, sendo responsável pelas desigualdades em saúde dentro de uma comunidade.

Essa estratificação social se traduz em diferentes exposições a condições adversas, diferentes danos e diferentes capacidades de recuperação (Fernández et al., 2019).

No entanto, esta abordagem sozinha não dá conta de evidenciar os processos históricos e estruturais que estão na base da produção da pobreza, e ainda menos das desigualdades. O conceito de determinação social emergiu, assim, para confrontar falhas no estudo dos DSS, que utilizava de empirismo, causalidade e inferências de base estatística ao invés de métodos de maior complexidade que aprofundassem em questões socioculturais, políticas e históricas.

A abordagem a partir da determinação social abandona informações individuais da epidemiologia tradicional, deslocando o eixo explicativo para o contexto sociopolítico e para a estratificação social envolvidos no processo de saúde-doença. Assim, a determinação social apresenta uma visão ampla e aprofundada para análise da realidade social e histórica que permeia o indivíduo e o cerne do adoecimento, relacionando perfis de saúde a contextos sociais, modo de produção e classes sociais pelo sistema capitalista (Da Rocha & Leal David, 2015; Borghi et al., 2018).

Em um contexto de estratégias para políticas públicas, o uso dos diferentes termos é capaz de orientar de diferentes formas a visão de saúde, dando enfoque ou não para o contexto histórico-social local e coletivo (Da Rocha & Leal David, 2015). A complexidade da dinâmica socioecológica que permeia as DTNs exige planos de ação flexíveis, o que contrasta com os atuais resultados rígidos e pouco proveitosos que emergem de políticas puramente biomédicas (Michael & Madon, 2017). A compreensão e o combate efetivo dessas doenças só serão possíveis mediante a coordenação de ações embasadas no processo de determinação social, na busca por justiça social, na promoção da equidade e na superação dos paradigmas socioeconômicos capitalistas que determinam as estruturas de reprodução das DTNs (OMS, [S. D.]-a).

Assim, podemos diferenciar DSS e determinações sociais da saúde na medida em que o primeiro tem como foco os fatores que determinam padrões de saúde/doença, enquanto o segundo considera a saúde/doença como produto da organização política, das relações sociais e de produção econômica capitalista, especialmente de sua atual

A compreensão e o combate efetivo dessas doenças só serão possíveis mediante a coordenação de ações embasadas no processo de determinação social, na busca por justiça social, na promoção da equidade e na superação dos paradigmas socioeconômicos capitalistas que determinam as estruturas de reprodução das DTNs



dimensão neoliberal, enfatizando as bases materiais e históricas da sociedade – bem como suas relações de poder – no condicionamento do processo saúde-doença coletivo (Silva & Bicudo, 2022).

Em contraponto, é importante seguir por uma abordagem dialógica e crítica que, tal como sugere Cortina (2016), utiliza a razão prática e os avanços do conhecimento

Esta dimensão mais abrangente permite evidenciar que os conflitos bioéticos também são condicionados por determinantes e determinações sociais. Tais condicionamentos se reproduzem por uma razão instrumental que está a serviço da ideologia capitalista dominante. Em contraponto, é importante seguir por uma abordagem dialógica e crítica que, tal como sugere Cortina (2016), utiliza a razão prática e os avanços do conhecimento a favor da “capacidad de cuidar, cooperar y trabajar por otros [y que es] capaz de apreciar a los seres que valen por sí mismos y de comprometerse con ellos” (p. 9).

A abordagem crítica à ideologia dominante também é especialmente necessária para compreender as problemáticas bioéticas que afetam as pessoas negligenciadas em realidades como a do Brasil, onde as desigualdades sociais e econômicas são ainda mais evidenciadas na distribuição de doenças, incluindo as DTNs.

4. Panorama das DTNs no Brasil sob a ótica da Bioética

De acordo com Andrade (2015), a interface entre DTN e Bioética se estabelece em três fatos fundamentais: a persistência das doenças negligenciadas dentro dos países e sua ampliação para uma escala global; as convergências transdisciplinares de suas abordagens sobre a complexidade do processo de saúde-doença; a postura crítica e politizada necessária para os dois campos superarem as condições que envolvem as doenças e os doentes negligenciados.

As DTNs são tratadas de diferentes maneiras, variando de acordo com a instituição e o campo que as classificam. As listas da OMS e da revista Public Library of Science (PLOS), de abrangência e relevância mundial, correspondem às classificações consideradas globais e/ou internacionais (Zicker et al., 2019). Apesar disso, a epidemiologia é variável conforme regiões geográficas, o que afeta a relevância das listas estabelecidas mundialmente. No Brasil, algumas doenças se sobressaem em prevalência e incidência, o que leva a um enfoque àquelas que se mostram de maior relevância e impacto nacional.

Seguindo com a perspectiva crítica da epidemiologia, que segundo Junges e Barniani (2018) é o modelo mais adequado para discutir a questão sanitária na ótica da bioética, os estudos epidemiológicos não podem se basear apenas em racionalidades hegemônicas, ou seja, em “esquemas formais cartesianos e lineares de dados empíricos [...] mas deve integrar todas as relações da determinação social que permita interpretar a gênese desses efeitos observados” (Breilh, 2010, p. 89).

No mesmo sentido, os estudos da Bioética Crítica apontam que a superação de conflitos bioéticos que afetam as populações vulnerabilizadas, tal como é o caso dos pro-



blemas envolvendo as doenças de pessoas negligenciadas, só poderá ser efetivada a partir da superação da racionalidade moderna e colonial que determina a governança da “grande nebulosa da saúde global” (Cunha, 2014), isto é, da rede etérea de interesses políticos e econômicos das grandes corporações privadas de saúde, bem como de seus países sedes e das institucionais internacionais que por elas são influenciadas.

Isto requer trazer para o campo decisório as racionalidades daqueles que mais sofrem os danos dos conflitos bioéticos globais, ou seja, das pessoas que são prioritariamente vitimizadas pelas doenças negligenciadas, incluindo seus valores, crenças, culturas, sentimentos e emoções (Damasceno & Cunha, 2023). Esta necessidade decorre da compreensão de que são apenas as pessoas negligenciadas que podem determinar adequadamente a extensão de seus danos e sofrimentos, bem como formar verdadeiras relações “contra-nebulosas” para sua superação.

Além da mortalidade e morbidade significativas, as DTNs impactam diretamente na economia e na capacidade produtiva da nação

Em 2010, a Academia Brasileira de Ciências (ABC) apresentou um documento com 14 doenças elencadas como doenças negligenciadas clássicas mais relevantes no Brasil, dentre elas: doença de Chagas, leishmaniose, malária, filaríoses, hanseníase,

tuberculose, clamídioses e riquetsioses, dengue, febre amarela e outras arboviroses, raiva, hantavírus, hepatites virais, gastroenterites virais (rotavírus, norovírus, sapovírus, e astrovírus humanos), paracoccidiodomicose e outras micoses profundas e toxinas (envenenamentos por animais peçonhentos) (De Souza, 2010).

Anualmente, ocorrem por volta de 200 mil mortes e 19 milhões de anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (DALY - Disability Adjusted Life Years). Além da mortalidade e morbidade significativas, as DTNs impactam diretamente na economia e na capacidade produtiva da nação. São responsáveis também por condições de estigmatização, exclusão e discriminação social (OMS, [S. D.]-b).

No Brasil, estima-se uma população de 25 milhões de pessoas sob risco de DTNs. Em 2015, foram registrados mais de 100 mil novos casos de DTNs e aproximadamente oito mil óbitos, com expressiva desigualdade, especialmente nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Hanseníase, esquistossomose, tracoma, leishmaniose visceral e leishmaniose tegumentar são responsáveis por grande carga das DTNs atualmente no país, enquanto filariose linfática, oncocercose e raiva humana avançam para um processo de eliminação. Mais de 40% dos municípios brasileiros apresentaram sobreposição de duas ou mais DTNs, principalmente em áreas endêmicas e mais vulneráveis socialmente (Brasil, 2018).

Apesar dos avanços obtidos com a criação do SUS, fundamentais para garantir acesso universal e gratuito à saúde, o Brasil ainda enfrenta desafios para redução da mortalidade por DTNs, que permanece como um grande problema social e de saúde pública. Existe uma estreita relação entre essas doenças e a pobreza, criando um ciclo vicioso no qual as DTNs contribuem para a perpetuação da pobreza, ao passo que são mais prevalentes em populações de baixa renda (Zicker et al., 2019).

É relevante destacar a distribuição heterogênea da pobreza no território brasileiro. A concentração de pessoas vivendo com rendimento abaixo de US\$1,90 por dia, ou seja, em situação de extrema pobreza, é maior nas regiões Norte e Nordeste do país, com



destaque para os estados do Maranhão, Amazonas, Alagoas e Pernambuco, os quais detêm de 11,3% a 14,4% da população em extrema pobreza do Brasil (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2021).

Ao discutirem os desafios éticos da vigilância em saúde, Junges e Barbiani (2018) enfatizaram a “importância de dar-se conta da epistemologia que organiza seus dados e conhecimentos, fazendo, assim, uma análise crítica da sua conotação de biopoder policial de controle para ser um dispositivo biopolítico de resistência e de emancipação” (p. 10).

Existe uma estreita relação entre essas doenças e a pobreza, criando um ciclo vicioso no qual as DTNs contribuem para a perpetuação da pobreza, ao passo que são mais prevalentes em populações de baixa renda

Esse alerta é particularmente importante ao abordar a relação entre DTNs e determinação social da saúde, e é neste sentido que a bioética, especialmente em suas abordagens críticas e dialéticas, oferece um arcabouço teórico e metodológico adequado para mediar as relações interdisciplinares que foram abordadas neste trabalho.

Neste sentido, é importante chamar a atenção para as contradições dentro do campo da bioética, pois, conforme destaca a Bioética Crítica, a produção em bioética pode, por um lado, reproduzir uma forma instrumentalizada da razão que legitima interesses hegemônicos dos dispositivos capitalistas que perpetuam a exploração e a desigualdade (Cunha & Lorenzo, 2014). Por outro lado, se atento às armadilhas das diversas hierarquias de raça, gênero, classe social, território, que se conformam nos processos

de colonialidade, o campo da bioética pode somar na construção de novas sínteses que priorizam a saúde e a vida das pessoas e grupos que historicamente mais sofrem os danos sociais, ambientais e sanitários da expansão do capitalismo global (Cunha, 2023).

Neste sentido, ao abordar DTNs, torna-se fundamental investigar quem são exatamente as pessoas negligenciadas no contexto das hierarquias da saúde global, e que invariavelmente, são aquelas que mais se distanciam do padrão colonial do poder, isto é, são pessoas negras, de países historicamente colonizados, com pouca renda, sem propriedades (Cunha, 2014).

De todo modo, este aspecto deve ser mais bem averiguado em pesquisas epidemiológicas futuras, uma vez que o presente ensaio buscou se circunscrever como uma análise prescritiva, chamando a atenção para conflitos éticos que envolvem as doenças de pessoas negligenciadas a partir de uma leitura crítica sobre os processos de determinação social da saúde.

5. Considerações finais

As DTNs permanecem como um desafio significativo para a saúde pública não apenas no Brasil, mas em todo o mundo, especialmente nos países que foram inicialmente colonizados pela Europa e posteriormente economicamente dominados pelos EUA, sendo um problema cujo impacto se reflete na vida de milhões de pessoas. O tratamento insensível e indiferente a esse cenário corrobora para a perpetuação do ônus pesado



trazido em sua bagagem, atingindo pessoas que são constantemente exploradas, negligenciadas, vulnerabilizadas e marginalizadas e que vivem em condições precárias, com acesso limitado a serviços de saúde, moradia, alimentação e saneamento básico, condições mínimas e essenciais para garantia da dignidade humana.

Torna-se incontestável a necessidade de uma abordagem que supere o perfil patológico das doenças de pessoas negligenciadas e se volte ao processo de determinação social, para compreensão do processo histórico-estrutural que enraíza os problemas presentes na reprodução do capitalismo global e de suas persistentes formas de colonialidade. A leitura da Bioética Crítica estabelece forte relação com questões sociais que impactam nas condições de saúde das populações, possibilitando reflexões e produções de sentido que dão voz àqueles que ainda se encontram subalternizados, e que são as únicas que podem conformar uma “contra-nebulosa” legítima que faça frente à governança hegemônica da saúde global.

Quanto às recomendações práticas do estudo, para avançar no enfrentamento das DTNs é fundamental a implementação de políticas públicas integradas, com medidas nos âmbitos socioeconômico, ambiental e de saúde, tendo por base recortes concretos sobre vulnerabilidades relacionadas às hierarquias estruturadas em cor de pele, gênero, classe social e território. É necessário também pautar o debate ético sobre o papel dos Estados na promoção do saneamento básico, habitação digna, educação e da geração de emprego e renda, especialmente para as populações mais vulneráveis, bem como pautar criticamente sua função como espaço de reprodução dos interesses da “grande nebulosa”, de recorte colonial.

O fortalecimento da atenção primária à saúde, bem como do sistema de saúde público e gratuito, é importante para maior capilaridade das ações de prevenção, diagnóstico e tratamento, bem como na redução das desigualdades. Não menos importante, são campanhas de conscientização e educação para combater o estigma e o preconceito contra as DTNs, bem como as causas econômicas e políticas de suas manutenções.

Por fim, a articulação intersetorial e a participação social, com protagonismo das comunidades afetadas pelas doenças negligenciadas, são fundamentais para fazer frente às dinâmicas do capitalismo global que mantém as desigualdades históricas, e, portanto, impedem a justiça social. Para tanto, além dos aspectos descritivos oferecidos pelas abordagens da epidemiologia e da bioética tradicionais, é importante articular o conhecimento com a dimensão prescritiva apontada por Adela Cortina: com sangue na veia, com paixão por justiça, indignação e compaixão.

Referências

- Andrade, B. L. A. (2015). Doenças negligenciadas e bioética: diálogo de um velho problema com uma nova área do conhecimento. *Revista Bioética*, 23(1), 104-112. <https://doi.org/10.1590/1983-80422015231051>
- Andrade, T. I. B. (2018). *Análise integrada da mortalidade por doenças tropicais negligenciadas no estado do Ceará no período de 2000 a 2015* (Trabalho de conclusão de curso Bacharel em Enfermagem). Universidade Federal do Ceará, Fortaleza. <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/38458>



- Borghi, C. M. S. O., Oliveira, R. M., & Sevalho, G. (2018). Determinação ou determinantes sociais da saúde: texto e contexto na América Latina. *Trabalho, Educação e Saúde*, 16(3), 869-897. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00142>
- Brasil, Ministério da Saúde. (2018). Saúde Brasil 2017: uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos objetivos de desenvolvimento sustentável. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2017_analise_situacao_saude_desafios_objetivos_desenvolvimento_sustentavel.pdf
- Brito, S. P. de S., Ferreira, A. F., Lima, M. da S., & Ramos Jr., A. N. (2022). Mortalidade por doenças tropicais negligenciadas no Piauí, Nordeste do Brasil: tendência temporal e padrões espaciais, 2001-2018. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 31(1), 1-14. <https://doi.org/10.1590/S1679-49742022000100014>
- Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde (2010). *Redução das desigualdades no período de uma geração. Igualdade na saúde através da ação sobre os seus determinantes sociais. Relatório Final da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde*. Organização Mundial da Saúde. https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/9789248563706_por.pdf
- Cortina, A. (2016). Bioética para el siglo XXI: construyendo esperanza. *Revista Iberoamericana de Bioética*, (1), 1-12. <https://doi.org/10.14422/rib.i01.y2016.001>
- Cunha, T. R. da. (2014). *Bioética Crítica, Saúde Global e a Agenda do Desenvolvimento* (Tese Doutorado em Bioética). Universidade de Brasília. <http://dx.doi.org/10.26512/2014.12.T.18133>
- Cunha, T. R. da, & Lorenzo, C. (2014). Bioética global na perspectiva da bioética crítica. *Revista Bioética*, 22(1), 116-125. <https://doi.org/10.1590/S1983-80422014000100013>
- Cunha, T. R. da. (2023). Bioética Crítica: bases teóricas y metodológicas para luchas biopolíticas. EM C. José Ramón Acosta Sario (org.), *Bioética y Biopolítica* (pp. 129-143). Publicaciones Acuario Centro Félix Varela.
- Damasceno, R. N., & Cunha, T. R. da. (2023). O crime corporativo socioambiental de Brumadinho: Uma análise a partir da Bioética Crítica e a Ecologia Integral. *Revista Iberoamericana de Bioética*, (23), 01-17. <https://doi.org/10.14422/rib.i23.y2023.005>
- Fernández, M. P., Gaspe, M. S., & Gurtler, R. E. (2019). Inequalities in the social determinants of health and Chagas disease transmission risk in indigenous and creole households in the Argentine Chaco. *Parasites & vectors*, 12(184), 1-15. <https://doi.org/10.1186/s13071-019-3444-5>
- Fortes, P. A. C. (2015). Refletindo sobre valores éticos da Saúde Global. *Saúde e Sociedade*, (24), 152-161. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015S01013>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2021). *Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira*. <https://neocat.ufsc.br/sintese-de-indicadores-sociais-ibge/>
- Junges, J. R., & Barbiani, R. (2018). Desafios e problemas éticos da Vigilância em Saúde: tensão dialética entre riscos e necessidades em saúde. *Revista Iberoamericana de Bioética*, (7), 1-12. <https://doi.org/10.14422/rib.i07.y2018.001>
- Michael, E., & Madon, S. (2017). Socio-ecological dynamics and challenges to the governance of Neglected Tropical Disease control. *Infectious Diseases of Poverty*, 6(35), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s40249-016-0235-5>
- Organização Mundial da Saúde. (2011). Diminuindo diferenças: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde. <https://dssbr.ensp.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/10/Documento-Tecnico-da-Conferencia-vers%C3%A3o-final.pdf>



- Organização Mundial de Saúde. ([S. D.]-a). *Doenças Tropicais Negligenciadas*. https://www.who.int/health-topics/neglected-tropical-diseases#tab=tab_1
- Organização Mundial de Saúde. ([S. D.]-b). *Social determinants of health*. https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1
- Organização Mundial de Saúde. (2020). *Ending the neglect to attain the Sustainable Development Goals: a road map for neglected tropical diseases 2021-2030*. <https://www.who.int/publications/item/9789240010352>
- Organização Pan-Americana da Saúde. (S. D.). *Social determinants of health*. <https://www.paho.org/en/topics/social-determinants-health>
- Rocha, P. R. da, & Leal David, H. M. S. (2015). Determinação ou Determinantes? Uma discussão com base na Teoria da Produção Social da Saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 49(1), 129-135. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000100017>
- Silva, L. B., & Bicudo, V. (2022). Determinantes sociais e determinação social do processo saúde-doença: discutindo conceitos e perspectivas. Em T. V. C. dos Santos, L. B. Silva & T. O. Machado (orgs.), *Trabalho e saúde: diálogos críticos sobre crises* (pp. 115-131). Mórula. <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/51905>
- Silva-Pires, F. do E. S., Oliveira Bonatto, M. P. de, Corrêa de Mello, M. L. B., Silva Trajano, V da, Araújo-Jorge, T. C. de. (2017). As doenças negligenciadas e os determinantes sociais da saúde no contexto da investigação em ensino. *Revista de Educação, Ciência e Cultura*, 22(1), 51-59. <https://doi.org/10.18316/recc.v22i1.3344>
- Souto-Marchand, A. S. (2017). *Doenças infecciosas e suas correlações com indicadores socioeconômicos e demográficos: estudo ecológico em diferentes estados brasileiros* (Tese de doutorado em Medicina Tropical). Instituto Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/37301>
- Souza, W. da. (2010). Doenças negligenciadas. *Academia Brasileira de Ciências*. <http://www.abc.org.br/IMG/pdf/doc-199.pdf>
- Zicker, F., Albuquerque, P. C., & Fonseca, B. P. (2019). Doenças tropicais negligenciadas: uma agenda inacabada (Textos para Discussão, n.º 35). *Fundação Oswaldo Cruz*. http://saudeamanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/10/PJSSaudeAmanha_Texto0035_V03.pdf