



WILSON VENÂNCIO LUKAMBA

A NOSSA SAÚDE: UM RETRATO DA SAÚDE COLETIVA EM TERRITÓRIOS DESIGUAIS

SÃO PAULO | 2026



WILSON VENÂNCIO LUKAMBA

**A NOSSA SAÚDE: UM RETRATO
DA SAÚDE COLETIVA EM
TERRITÓRIOS DESIGUAIS**

SÃO PAULO | 2026

1.^a edição

Autor

Wilson Venancio Lukamba

**A NOSSA SAÚDE: UM RETRATO DA SAÚDE COLETIVA EM
TERRITÓRIOS DESIGUAIS**

ISBN 978-65-6054-311-9



A NOSSA SAÚDE: UM RETRATO DA SAÚDE COLETIVA EM
TERRITÓRIOS DESIGUAIS

1.^a edição

SÃO PAULO
EDITORA ARCHÉ
2026

***Copyright* © dos autores e das autoras.**

Todos os direitos garantidos. Este é um livro publicado em acesso aberto, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que sem fins comerciais e que o trabalho original seja corretamente citado. Este trabalho está licenciado com uma Licença *Creative Commons Internacional* (CC BY- NC 4.0).



Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)

L963n Lukamba, Wilson Venancio.
A nossa saúde [livro eletrônico] : um retrato da saúde coletiva em territórios desiguais / Wilson Venancio Lukamba. – 1. ed. – São Paulo, SP: Arché, 2026.
104 p.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia.

ISBN 978-65-6054-311-9

1. Saúde coletiva – Desigualdades sociais. 2. Epidemiologia crítica – Justiça social. 3. Políticas públicas – Saúde. I. Título.

CDD 362.1

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

Revista REASE cancelada pela Editora Arché.

São Paulo- SP

Telefone: +55 55(11) 5107-0941

<https://periodicorease.pro.br>

contato@periodicorease.pro.br

1ª Edição- *Copyright*© 2026 dos autores.

Direito de edição reservado à Revista REASE.

O conteúdo de cada capítulo é de inteira e exclusiva responsabilidade do (s) seu(s) respectivo (s) autor (es).

As normas ortográficas, questões gramaticais, sistema de citações e referenciais bibliográficos são prerrogativas de cada autor (es).

Endereço: Av. Brigadeiro Faria de Lima n.º 1.384 — Jardim Paulistano.

CEP: 01452 002 — São Paulo — SP.

Tel.: 55(11) 5107-0941

<https://periodicarease.pro.br/rease>

contato@periodicarease.pro.br

Editora: Dra. Patrícia Ribeiro

Produção gráfica e direção de arte: Ana Cláudia Néri Bastos

Assistente de produção editorial e gráfica: Talita Tainá Pereira Batista

Projeto gráfico: Ana Cláudia Néri Bastos

Ilustrações: Ana Cláudia Néri Bastos, Talita Tainá Pereira Batista

Revisão: Ana Cláudia Néri Bastos e Talita Tainá Pereira Batista

Tratamento de imagens: Ana Cláudia Néri Bastos

EQUIPE DE EDITORES

EDITORIA- CHEFE

Dra. Patrícia Ribeiro, Universidade de Coimbra- Portugal

CONSELHO EDITORIAL

Doutoranda Silvana Maria Aparecida Viana Santos- Facultad Interamericana de Ciencias Sociales - FICS

Doutorando Alberto da Silva Franqueira-Facultad Interamericana de Ciencias Sociales (FICS)

Me. Ubiranilze Cunha Santos- Corporación Universitaria de Humanidades Y Ciencias Sociales de Chile

Doutorando Allysson Barbosa Fernandes- Facultad Interamericana de Ciencias Sociales (FICS)

Doutor. Avaetê de Lunetta e Rodrigues Guerra- Universidad del Sol do Paraguai- PY

Me. Victorino Correia Kinham- Instituto Superior Politécnico do Cuanza Sul-Angola

Me. Andrea Almeida Zamorano- SPSIG

Esp. Ana Cláudia N. Bastos- PUCRS

Dr. Alfredo Oliveira Neto, UERJ, RJ

PhD. Diogo Vianna, IEPA

Dr. José Fajardo- Fundação Getúlio Vargas

PhD. Jussara C. dos Santos, Universidade do Minho

Dra. María V. Albardonado, Universidad Nacional del Comahue, Argentina

Dra. Uaiana Prates, Universidade de Lisboa, Portugal

Dr. José Benedito R. da Silva, UFSCar, SP

PhD. Pablo Guadarrama González, Universidad Central de Las Villas, Cuba

Dra. Maritza Montero, Universidad Central de Venezuela, Venezuela

Dra. Sandra Moitinho, Universidade de Aveiro-Portugal

Me. Eduardo José Santos, Universidade Federal do Ceará,

Dra. Maria do Socorro Bispo, Instituto Federal do Paraná, IFPR

Cristian Melo, MEC

Dra. Bartira B. Barros, Universidade de Aveiro-Portugal

Me. Roberto S. Maciel- UFBA

Dra. Francisne de Souza, Universidade de Aveiro-Portugal

Dr. Paulo de Andrada Bittencourt – MEC

PhD. Aparecida Ribeiro, UFG

Dra. Maria de Sandes Braga, UFTM

DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores se responsabilizam publicamente pelo conteúdo desta obra, garantindo que o mesmo é de autoria própria, assumindo integral responsabilidade diante de terceiros, quer de natureza moral ou patrimonial, em razão de seu conteúdo, declarando que o trabalho é original, livre de plágio acadêmico e que não infringe quaisquer direitos de propriedade intelectual de terceiros. Os autores declaram não haver qualquer interesse comercial ou irregularidade que comprometa a integridade desta obra.

DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Editora Arché declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação dos manuscritos publicados, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código Penal e no art.º 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. Todos os e-book são *open access*, desta forma não os comercializa em seu site, sites parceiros, plataformas de *ecommerce*, ou qualquer outro meio virtual ou físico, portanto, está isenta de repasses de direitos autorais aos autores; 4. Não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como nenhum outro dado dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.

DEDICATÓRIA

Aos meus familiares, que estiveram ao meu lado em todos os momentos desta jornada, proporcionando apoio incondicional, incentivo contínuo, compreensão e confiança, mesmo diante das dificuldades e das ausências criadas pelo caminho acadêmico.

A saúde é um direito social, não um produto de consumo.

Inspirado em Paulo Freire

AGRADECIMENTOS

Agradeço, em primeiro lugar, à minha família;

Aos amigos e colegas, manifesto minha profunda gratidão pelas contribuições intelectuais e pelas discussões enriquecedoras que tornaram possível o desenvolvimento das reflexões e a melhoria do conteúdo aqui apresentado.

PREFÁCIO

A obra que agora se apresenta emerge em um momento histórico caracterizado por intensas crises sociais, econômicas e de saúde, nas quais a saúde pública e coletiva evidenciam, de forma clara, as contradições de sociedades afetadas por desigualdades estruturais.

Em períodos em que a ciência e a tecnologia evoluem rapidamente, cresce igualmente a necessidade de enfatizar que a saúde não pode ser limitada a indicadores ou procedimentos técnicos, mas deve ser entendida como uma dimensão fundamental da vida social, permeada por relações de poder, injustiças históricas e conflitos políticos. Nesse contexto, esta obra representa uma contribuição significativa para a análise crítica da epidemiologia e da vigilância em saúde, ao destacar a necessidade de uma abordagem pautada pela justiça social e pela valorização da diversidade de conhecimentos.

O leitor poderá perceber, ao longo dos capítulos, uma estrutura teórica sólida, que se relaciona com a herança da Saúde Coletiva na América Latina e com as visões críticas que surgem das Epistemologias do Sul. A obra confirma que os processos de saúde, enfermidade e morte são gerados socialmente, e que as desigualdades em saúde não são naturais, mas consequência de decisões políticas e de modelos econômicos que excluem.

A epidemiologia crítica, discutida aqui, fornece ferramentas para entender como as estruturas sociais influenciam a distribuição de problemas de saúde, enquanto também adverte sobre os perigos de uma ciência desconectada da realidade social, que reduz populações

vulneráveis a “grupos de risco” e naturaliza a exclusão.

A vigilância em saúde é descrita não apenas como uma técnica de monitoramento, mas como um mecanismo político de salvaguarda da vida em comum, que pode fortalecer ou combater as desigualdades sanitárias, conforme sua direção ética e sua gestão.

A obra ressalta a relevância de reavaliar a produção do conhecimento em saúde, desafiando a predominância de saberes eurocêntricos e apoiando a descolonização epistemológica como requisito para uma epidemiologia que seja mais atenta às realidades dos territórios e às vivências de resistência das comunidades.

Em resumo, a obra sinaliza a urgência de uma ciência em saúde dedicada à dignidade humana, ao direito à saúde e à formação de sociedades mais justas e solidárias. Este prefácio, não tem a intenção de esgotar os assuntos tratados, mas propõe uma leitura cuidadosa e reflexiva, onde o leitor seja capaz de perceber a importância política e ética da epidemiologia e da vigilância em saúde.

Que esta obra incite discussões, investigações e ações que reforcem a saúde coletiva como uma arena de combate social e como um meio para a mudança das condições de vida e da estrutura dos sistemas de saúde!

LISTA DE ABREVIATURAS

APS – Atenção Primária à Saúde

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CID – Classificação Internacional de Doenças

CNS – Conselho Nacional de Saúde

DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DSS – Determinantes Sociais da Saúde

ESF – Estratégia Saúde da Família

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INI – Iniquidades em Saúde

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

RAS – Redes de Atenção à Saúde

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

SIS – Sistemas de Informação em Saúde

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SIM – Sistema de Informações sobre Mortalidade

SIH/SUS – Sistema de Informações Hospitalares do SUS

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS – Unidade Básica de Saúde

VDT – Vigilância de Doenças Transmissíveis

VDCNT – Vigilância de Doenças Crônicas Não Transmissíveis

VIGI – Vigilância em Saúde

INTRODUÇÃO

Entender a saúde como um fenômeno social e histórico requer refletir sobre as distinções e conexões entre os setores da Saúde Pública e da Saúde Coletiva, cuja formação e desenvolvimento ocorrem em contextos repletos de significativas transformações sociais, econômicas e políticas. A Saúde Pública, historicamente relacionada a atividades de prevenção e controle de enfermidades, à vigilância epidemiológica e à estruturação de serviços, surgiu como uma resposta a necessidades sanitárias e a crises de saúde que requeriam intervenções coletivas e macrossociais.

Nesse contexto, a Saúde Pública se firmou como uma área focada em estratégias de proteção da população, baseadas em dados epidemiológicos, iniciativas de imunização, atividades de controle de doenças infecciosas e políticas de promoção da saúde. Entretanto, a continuidade das desigualdades estruturais e o aumento de problemas complexos, especialmente em situações de vulnerabilidade social, revelaram as limitações de uma abordagem focada apenas em intervenções biomédicas e em estratégias tecnicistas, promovendo o surgimento de novas visões teóricas e políticas.

A Saúde Coletiva, como área de saber e atuação, emerge como uma resposta crítica às restrições da Saúde Pública convencional e da medicina curativa, ao direcionar a atenção para os fatores sociais que influenciam a saúde e para as condições de vida das comunidades. Ao contrário de uma perspectiva limitada ao controle de enfermidades, a Saúde Coletiva entende que os processos de enfermidade e óbito são gerados socialmente, espelhando as dinâmicas de poder, a estrutura econômica, as desigualdades

de classe, gênero, raça e território.

A Saúde Coletiva reúne conhecimentos das ciências sociais, da epidemiologia crítica, das políticas de saúde e das práticas comunitárias, favorecendo uma abordagem interdisciplinar e histórica dos fenômenos de saúde. Sob essa ótica, a saúde não é mais vista apenas como a falta de doenças, mas como um direito social, cuja realização exige mudanças nas condições de vida e a provisão de cidadania.

A conexão entre Saúde Pública e Saúde Coletiva, assim, não deve ser vista como uma discordância, mas como um processo de expansão e aprofundamento da visão sobre a saúde coletiva. A Saúde Pública fornece ferramentas fundamentais para a estruturação das ações e serviços, enquanto a Saúde Coletiva questiona os fundamentos e as restrições dessas práticas, sugerindo uma perspectiva crítica que coloca a justiça social e a equidade como prioridades nas pautas sanitárias. Dessa forma, a geração de conhecimento epidemiológico, a vigilância sanitária e a estruturação dos sistemas de saúde são vistas como ações políticas, que podem reproduzir ou combater desigualdades, conforme os projetos sociais que as dirigem.

Diante desse contexto, esta obra sugere uma análise crítica da epidemiologia e da vigilância em saúde, conectando conceitos, métodos e questões éticas, a partir de uma perspectiva voltada para a vida e a justiça social. Nos capítulos, tenta-se mostrar que a epidemiologia vai além de ser uma ciência de indicadores, sendo um espaço de contestação epistemológica e política, cuja aplicação pode tanto fortalecer modelos excludentes quanto apoiar políticas públicas voltadas para a equidade.

A vigilância em saúde é considerada uma prática fundamental para a proteção da coletividade, mas requer governança democrática,

engajamento social e atenção às características locais, sobretudo em situações de desigualdade e vulnerabilidade.

Por último, a obra argumenta a favor de uma epidemiologia descolonizada, que reconheça a diversidade de conhecimentos e valorize as vivências das regiões, auxiliando na formação de sistemas de saúde mais justos, democráticos.

SUMÁRIO

CAPÍTULO 01.....	20
SAÚDE, SOCIEDADE E DESIGUALDADE: DO IDEAL NORMATIVO À VIDA REAL	
CAPÍTULO 02.....	30
EPIDEMIOLOGIA CRÍTICA: CIÊNCIA, MÉTODO E COMPROMISSO COM A VIDA	
CAPÍTULO 03.....	40
VIGILÂNCIA EM SAÚDE E TERRITÓRIO: OLHAR PERMANENTE SOBRE POPULAÇÕES DESIGUAIS	
CAPÍTULO 04.....	50
TRANSIÇÕES EPIDEMIOLÓGICAS, DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS E CRÔNICAS: A CONVIVÊNCIA DE MÚLTIPLOS PERFIS	
CAPÍTULO 05.....	61
DETERMINANTES SOCIAIS, SAÚDE MENTAL E SOFRIMENTO SOCIAL	
CAPÍTULO 06.....	72
SISTEMAS DE SAÚDE, CONHECIMENTO E ÉTICA: POR UMA EPIDEMIOLOGIA COMPROMETIDA	
CONCLUSÃO	86
POSFÁCIO	90
VOCABULÁRIO	94
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	97
ÍNDICE REMISSIVO	100

CAPÍTULO 01

SAÚDE, SOCIEDADE E DESIGUALDADE: DO IDEAL NORMATIVO À VIDA REAL

SAÚDE, SOCIEDADE E DESIGUALDADE: DO IDEAL NORMATIVO À VIDA REAL

A saúde, entendida como um fenômeno humano, social e contextual, não deve ser limitada a critérios puramente biológicos ou a indicadores clínicos quantificáveis. Apesar de a abordagem biomédica tradicional ter desempenhado um papel crucial no progresso das ciências da saúde, principalmente no diagnóstico, tratamento e manejo de doenças, ela revela-se insuficiente ao lidar com a complexidade dos processos que envolvem viver, adoecer e cuidar. Ao enfatizar a detecção de danos orgânicos, modificações fisiológicas e conexões etiológicas diretas, essa abordagem tende a dividir o indivíduo, isolando corpo, mente e o contexto social.

Encarar a saúde unicamente como a falta de doenças envolve uma visão negativa e limitada, que ignora a dimensão experiencial, simbólica e relacional da existência humana. Tal compreensão desconsidera que o processo saúde-doença é influenciado por diversos determinantes sociais, econômicos, culturais e ambientais, que impactam não apenas a incidência de doenças, mas também as reais opções de cuidado, prevenção e recuperação. Elementos como desigualdade social, precarização do trabalho, insegurança alimentar, difusão desigual da educação, habitação inadequada, falta de saneamento básico e fragilidade das redes de apoio social constituem contextos de vulnerabilidade que afetam diretamente a saúde dos indivíduos e das comunidades.

Ademais, a ênfase singular do modelo biomédico costuma individualizar questões que são geradas estruturalmente, transferindo a responsabilidade pela enfermidade para o indivíduo e ocultando as condições sociais que a originam. Essa lógica favorece práticas de cuidado normativas e prescritivas, com pouca sensibilidade às individualidades culturais, territoriais e subjetivas das pessoas. Por outro lado, modelos de saúde ampliados, como os baseados na promoção da saúde, na saúde coletiva e nos direitos humanos, reconhecem que a saúde é um processo dinâmico, formado por interações sociais e pelas condições materiais de vida.

Assim, considerar a saúde de maneira abrangente requer superar reducionismos biológicos e entender que ela se forma como um espaço de contestação ética, política e social. É essencial entender que gerar saúde vai além da intervenção clínica, abrangendo a elaboração de políticas públicas intersetoriais, o fomento da equidade social e a promoção da autonomia e da participação coletiva. Nesse contexto, a saúde deixa de ser apenas um objetivo a ser atingido e é vista como uma prática social incessante, inseparável da dignidade humana e das reais condições de vida.

Por outro lado, a saúde deve ser vista como um resultado das condições históricas, sociais, econômicas, culturais e políticas nas quais os indivíduos estão envolvidos. É uma construção social que é constantemente gerada e alterada pelas relações de poder, pelos modos de produção e pelas estruturas de organização da sociedade. Dessa forma, os padrões de doença e mortalidade não se distribuem aleatoriamente, mas

refletem graves desigualdades sociais, demonstrando que certos grupos populacionais são consistentemente mais suscetíveis a adoecer e a falecer precocemente.

Assim, a compreensão ampliada da saúde reconhece a importância dos determinantes sociais, conforme apontado por Buss e Pellegrini Filho (2022), ao destacar que as desigualdades em saúde são reflexo direto das desigualdades sociais. As políticas públicas, os modelos econômicos, os sistemas de proteção social e o acesso a serviços de saúde têm um impacto significativo nas condições de vida da população, acentuando ou reduzindo processos de exclusão e vulnerabilidade. Por isso, a saúde deve ser vista não de maneira isolada, mas como uma parte essencial de um contexto social mais abrangente, repleto de disputas sobre interesses, recursos e direitos.

Transcender a perspectiva reducionista da saúde requer a adoção de uma abordagem crítica e interdisciplinar, apta a integrar conhecimentos da biomedicina, das ciências sociais e humanas. Essa visão permite entender a saúde como um direito humano essencial e uma responsabilidade compartilhada, guiando ações e políticas que vão além do tratamento de enfermidades, ao promover equidade, justiça social e o aprimoramento das condições de vida das pessoas.

De certo modo, a metáfora do *"paraíso"* da saúde representa um ideal normativo elaborado a partir de referenciais abstratos e universalizantes, amplamente propagados em discursos institucionais, documentos oficiais e agendas globais de saúde. Nesse cenário ideal, a saúde é vista como um direito garantido, disponível a todos de maneira

justa, constante e abrangente, sem levar em conta as condições sociais, econômicas ou culturais das pessoas.

Tal representação, apesar de ser significativa como um horizonte ético e político, costuma homogeneizar realidades extremamente desiguais, encobrendo as contradições estruturais que influenciam o acesso real aos serviços e às condições essenciais para uma vida saudável.

Em oposição a esse “*paraíso*” retórico, a vivência real da saúde nos territórios periféricos mostra um panorama caracterizado por diversas vulnerabilidades. Nesses contextos, o acesso à saúde se manifesta de maneira fragmentada e inadequada, permeado por pobreza duradoura, exclusão social, racismo estrutural, desigualdades de gênero, precarização das relações trabalhistas e fragilidade das políticas públicas. A periferia, assim, não diz respeito somente a uma localização geográfica, mas a uma situação social e política que reflete processos históricos de exclusão e violação de direitos.

Segundo Paim (2023), a discrepância entre o ideal normativo da saúde e sua aplicação diária demonstra que o acesso aos serviços de saúde e a condições dignas de vida é fortemente influenciado pela posição social dos indivíduos. A “periferia” representa, assim, a vida autêntica, onde o direito à saúde é constantemente desafiado por desigualdades estruturais que atuam de maneira sistemática e acumulativa. Essas disparidades se manifestam tanto na disponibilidade e na qualidade dos serviços quanto na vulnerabilidade desigual aos riscos e problemas de saúde.

Assim, a metáfora do “paraíso” da saúde, ao ser desconectada da análise crítica das condições sociais reais, pode gerar discursos normativos

desprovidos de eficácia prática. Vencer essa dicotomia requer entender que a proteção do direito à saúde está ligada a políticas públicas sólidas e intersetoriais, dedicadas a diminuir as desigualdades sociais e a combater as estruturas que, ao longo do tempo, causam exclusão. Apenas com esse reconhecimento é viável converter o ideal abstrato da saúde em uma realidade tangível, sobretudo para aqueles que estão nas periferias sociais.

A análise crítica da conexão entre saúde e sociedade se torna particularmente importante com a solidificação da Saúde Coletiva como área teórica, política e epistemológica na América Latina. Esse domínio surge, principalmente a partir da segunda metade do século XX, em resposta às limitações da saúde pública convencional e da medicina voltada para a cura, que se mostravam incapazes de elucidar e atuar de maneira eficaz sobre os determinantes estruturais das doenças. Ao desafiar a primazia do modelo biomédico, a Saúde Coletiva sugere uma mudança de paradigma, focada na análise crítica das relações sociais que geram saúde e enfermidade.

Nesse aspecto, a Saúde Coletiva integra aportes das ciências sociais e humanas, da epidemiologia crítica e das políticas de saúde, desenvolvendo uma abordagem interdisciplinar dedicada à mudança social. Ao contrário das visões convencionais, esse domínio entende que os processos de saúde e doença não são arbitrários nem apenas biológicos, mas sim determinados social e historicamente. De acordo com Breilh (2022), a enfermidade revela as maneiras de organização econômica e produtiva, os estilos de vida impostos pelo capitalismo atual e as desigualdades estruturais que permeiam classe social, gênero, raça/etnia e

território.

Ademais, a Saúde Coletiva entende a saúde como um fenômeno coletivo, indissociável das condições de trabalho e de vida, das políticas públicas e dos conflitos de poder existentes na sociedade. Essa abordagem move a atenção do sujeito isolado para os grupos sociais e para os contextos onde surgem riscos, vulnerabilidades e proteção à saúde. Dessa forma, a avaliação dos perfis epidemiológicos começa a mostrar não apenas padrões biológicos, mas manifestações tangíveis das desigualdades sociais e das injustiças geradas pelo modelo de desenvolvimento atual.

A Saúde Coletiva adquire uma dimensão claramente política, ao promover a saúde como um direito social e uma responsabilidade do Estado. Seu engajamento ético-político guia a construção de políticas públicas universais, justas e integradas, direcionadas não apenas ao tratamento de doenças, mas à promoção da vida, da justiça social e da equidade. Desse modo, a Saúde Coletiva se estabelece como uma área crucial para a análise crítica e a modificação das condições sociais que influenciam os processos de saúde e doença.

Por outro lado, as disparidades em saúde não devem ser vistas como meras variações biológicas ou diferenças naturais entre pessoas, mas sim como expressões tangíveis de iniquidades sociais historicamente geradas, passíveis de serem prevenidas e moralmente injustificáveis. Referem-se a desigualdades estruturais que denotam a distribuição desigual de recursos, oportunidades e poder na sociedade, influenciando diretamente as condições de vida e as chances de acesso à saúde. Dessa forma, adoecer e falecer precocemente se tornam fenômenos

condicionados socialmente, afetando desproporcionadamente grupos sociais caracterizados pela pobreza, discriminação e exclusão.

Evidências recentes mostram que comunidades em condições de vulnerabilidade social enfrentam maior exposição a fatores de risco ambientais, ocupacionais e comportamentais, como moradia inadequada, insegurança alimentar, emprego informal ou perigoso e maior risco de violência. Simultaneamente, esses grupos lidam com obstáculos importantes para obter serviços de saúde que sejam oportunos, eficazes e de qualidade, o que leva a diagnósticos atrasados, a uma menor continuidade no atendimento e a piores resultados em saúde em toda a sua trajetória de vida (Organização Mundial da Saúde, 2023). Esses padrões indicam que as desigualdades de saúde se acumulam, manifestando-se desde a infância até a velhice.

Além disso, essas desigualdades costumam ser intensificadas quando as políticas públicas não abordam os fatores estruturais que causam doenças. Estratégias que se concentram apenas em ações isoladas, específicas ou de natureza assistencial não são suficientes para alterar de maneira sustentável os padrões de saúde da população. Ao ignorarem as origens sociais das desigualdades, como a distribuição desigual de renda, o racismo sistêmico, as disparidades de gênero e a precarização do trabalho, essas políticas, portanto, mantêm ciclos de vulnerabilidade e exclusão.

Desse modo, o combate às desigualdades em saúde demanda políticas públicas interligadas e intersetoriais, guiadas pela equidade e pela justiça social. De acordo com a Organização Mundial da Saúde

(Organização Mundial da Saúde, 2023), apenas intervenções estruturais, que influenciem as condições sociais, econômicas e ambientais que afetam o processo saúde-doença, conseguem diminuir efetivamente as desigualdades e impulsionar avanços sustentáveis na saúde das populações mais vulneráveis.

A Saúde Coletiva, ao reconhecer a saúde como um direito social essencial, provoca uma mudança significativa na discussão, que se afasta do mero campo técnico-assistencial e se insere na esfera ética e política. Essa visão desafia a ideia de que a proteção da saúde se limita à eficácia da estrutura dos serviços ou ao progresso das tecnologias médicas, ao ressaltar que a realização desse direito está profundamente relacionada à mudança das condições sociais de vida. Assim, a saúde é entendida como fruto de políticas públicas extensas e intersetoriais, que garantam acesso à renda, educação de qualidade, habitação adequada, saneamento básico, segurança alimentar e espaços reais de participação social.

Portanto, entender a saúde pela tensão entre o padrão normativo e a realidade envolve aceitar que o “paraíso” da saúde universal não se concretiza de forma abstrata ou automática, mas requer o enfrentamento direto das desigualdades sociais que organizam a sociedade. A diferença entre o direito garantido formalmente e sua aplicação diária expõe as contradições de modelos de desenvolvimento excludentes e de políticas públicas inadequadas para assegurar condições de vida dignas a toda a população.

Nesse contexto, a Saúde Coletiva proporciona uma base teórica e política essencial para a crítica dessas contradições, ao demonstrar que a

promoção da saúde está intrinsecamente relacionada ao compromisso com a justiça social, a equidade e à mudança das relações sociais que geram adoecimento, vulnerabilidade e exclusão. Dessa forma, além de um domínio de saber, a Saúde Coletiva se estabelece como um projeto ético-político direcionado à formação de sociedades mais justas, solidárias e saudáveis socialmente.

CAPÍTULO 02

EPIDEMIOLOGIA CRÍTICA: CIÊNCIA, MÉTODO E COMPROMISSO COM A VIDA

EPIDEMIOLOGIA CRÍTICA: CIÊNCIA, MÉTODO E COMPROMISSO COM A VIDA

A Epidemiologia Crítica surge como um domínio teórico-metodológico que desafia os limites da epidemiologia convencional, ao interrogar suas fundações positivistas, seu reducionismo causal e sua suposta neutralidade científica. Ao invés de uma epidemiologia que se foca apenas na medição de riscos, incidências e prevalências, a Epidemiologia Crítica sugere que se entenda o processo saúde-doença como um fenômeno produzido socialmente, determinado historicamente e influenciado por relações de poder. Nesse aspecto, ela se posiciona não só como uma ciência que explica, mas também como uma prática dedicada a mudar as circunstâncias que provocam dor, enfermidade e mortes que podem ser prevenidas.

Do ponto de vista científico, a Epidemiologia Crítica desafia a noção de que os fenômenos de saúde podem ser compreendidos apenas por associações estatísticas entre fatores isolados. Apesar de reconhecer a relevância dos instrumentos quantitativos, ela os inclui em uma análise mais abrangente da realidade social, onde os dados não são considerados fatos neutros, mas sim expressões de processos estruturais. A enfermidade deixa de ser vista como um fato isolado ou fortuito e passa a ser compreendida como um produto das estruturas econômicas, políticas e culturais da sociedade. Dessa forma, categorias como classe social, território, gênero, etnia e trabalho tornam-se essenciais para a análise

epidemiológica.

No enfoque metodológico, a Epidemiologia Crítica sugere uma perspectiva dialética e interdisciplinar, capaz de interligar distintos níveis de determinação do processo saúde-doença. Em vez de dividir a realidade em variáveis isoladas, procura entender as conexões entre o estrutural, o particular e o singular. O método crítico possibilita entender de que maneira as condições macroestruturais, como o modelo de desenvolvimento, as políticas econômicas e as desigualdades sociais, se manifestam nos corpos e modos de vida das populações. Assim, a produção do conhecimento epidemiológico transforma-se de um mero exercício técnico em um processo reflexivo, contextualizado e engajado com a realidade específica.

Entretanto, o aspecto mais distintivo da Epidemiologia Crítica está em seu engajamento ético e político com a vida. Ao entender que a propagação das doenças não ocorre de forma aleatória, mas é influenciada socialmente, essa perspectiva aceita que a ciência deve se responsabilizar pelas injustiças que revela. Gerar conhecimento, neste cenário, significa adotar uma postura frente às desigualdades e trabalhar na proteção do direito à saúde como um direito humano essencial. A epidemiologia não é mais apenas um meio de vigilância, mas se torna um recurso de denúncia, resistência e libertação social.

Esse compromisso com a vida requer que a prática epidemiológica se direcione não apenas para a descrição de doenças, mas também para a mudança das condições que as causam. Isso significa reforçar políticas públicas que atuem em diferentes setores, incentivar a equidade, valorizar

a participação da sociedade e reconhecer os conhecimentos gerados nas comunidades.

A Epidemiologia Crítica, assim, não se restringe a estudar grupos abstratos, mas se direciona a indivíduos específicos, imersos em contextos caracterizados por desigualdades, vulnerabilidades e também por forças de organização e cuidado.

A epidemiologia desempenha um papel fundamental na área da Saúde Coletiva, pois se configura como a ciência que se dedica a analisar a distribuição, a frequência e os fatores determinantes dos processos de saúde e enfermidade nas populações.

Historicamente, o seu progresso esteve estreitamente relacionado à geração de indicadores, taxas e mensurações estatísticas que conseguem descrever a incidência de doenças, reconhecer padrões epidemiológicos e apoiar ações de vigilância, controle e prevenção. Esses instrumentos foram fundamentais para lidar com epidemias, a criação de políticas públicas e o planejamento dos serviços de saúde.

Contudo, ao ser guiada unicamente por uma visão tecnicista e positivista, a epidemiologia costuma favorecer a quantificação em vez da análise crítica da realidade social. Nesta perspectiva limitada, os fenômenos de saúde-doença podem ser simplificados a cifras e vínculos estatísticos, desconectados dos contextos históricos, políticos e sociais que os geram. Esse reducionismo pode acabar por naturalizar desigualdades, ao apresentar variações nos perfis de adoecimento sem discutir as condições estruturais que as influenciam, como a pobreza, o racismo, a desigualdade de gênero e as formas de organização do trabalho.

Conforme enfatizam Almeida-Filho e Barreto (2022), a epidemiologia, ao se desvincular da análise crítica dos determinantes sociais, pode encobrir as causas subjacentes do adoecimento coletivo e restringir-se a reconhecer fatores de risco individuais, atribuindo implicitamente a responsabilidade aos indivíduos por suas condições de saúde. Essa lógica ajuda na criação de intervenções pontuais e fragmentadas, que lidam com os efeitos, mas não atacam as causas dos problemas de saúde.

Dessa forma, a inclusão de uma visão crítica na epidemiologia se torna essencial no contexto da Saúde Coletiva. A epidemiologia crítica sugere integrar a análise numérica com a compreensão dos processos sociais que moldam a produção da saúde e das enfermidades, possibilitando que os dados epidemiológicos sejam compreendidos sob a perspectiva das desigualdades e das dinâmicas de poder existentes na sociedade. Dessa forma, a epidemiologia não é mais apenas uma ferramenta técnica, mas assume uma função política e transformadora, voltada para a promoção da equidade e da justiça social.

Reiterando, a epidemiologia crítica aparece, assim, como uma reação teórica e política às restrições da epidemiologia convencional, ao sugerir uma ruptura epistemológica com o positivismo predominante e com a noção de neutralidade científica. Baseada nos princípios da medicina social latino-americana, essa perspectiva entende o processo de saúde–doença como um fenômeno determinado histórica e socialmente, indissociável das condições reais de vida e das relações de poder que organizam a sociedade. Nesse contexto, a enfermidade coletiva não surge

por acaso nem é apenas a soma de fatores individuais, mas sim um reflexo das desigualdades sociais, dos modos de produção e das estruturas de organização social atuais (Breilh, 2022).

Ao adotar essa perspectiva crítica, a epidemiologia passa de uma função apenas descritiva e instrumental para assumir um compromisso ético e político voltado à transformação social e à proteção da vida em sua essência coletiva. Isso significa admitir que a geração do conhecimento epidemiológico é influenciada por interesses, valores e conflitos, e que suas análises podem ajudar tanto a preservar quanto a combater as desigualdades em saúde. A epidemiologia crítica, nesse aspecto, se guia pela busca de equidade, desafiando explicações simplistas e intervenções restritas que ignoram os determinantes estruturais da doença.

Sob a perspectiva metodológica, a epidemiologia destaca a importância de empregar medidas quantitativas na análise dos acontecimentos de saúde nas populações. As medidas de frequência, como a incidência e a prevalência, possibilitam avaliar a magnitude e a distribuição das doenças, oferecendo informações fundamentais para o planejamento e a avaliação das atividades em saúde. As métricas de associação e risco, como risco relativo, *odds ratio* e risco atribuível, são essenciais para reconhecer vínculos entre exposições e resultados, auxiliando na elaboração de estratégias de prevenção e intervenção.

Adicionalmente, indicadores compostos de impacto, como os anos de vida perdidos devido à mortalidade precoce, os anos vividos com deficiência e a carga total de doenças, têm sido extensivamente utilizados para definir prioridades em saúde pública e direcionar a distribuição de

recursos (Silva; Barreto, 2023). No contexto da epidemiologia crítica, esses indicadores não são empregados de maneira acrítica, mas analisados considerando as desigualdades sociais e territoriais, evidenciando como a carga das doenças recai de forma desigual sobre grupos vulneráveis socialmente. Dessa maneira, a combinação entre rigor metodológico e análise crítica reafirma a epidemiologia como uma ferramenta essencial para entender e confrontar as iniquidades em saúde.

Apesar de as ferramentas epidemiológicas serem essenciais para o planejamento, gestão e avaliação das ações em saúde, a epidemiologia crítica destaca os limites de seu uso quando são aplicadas de forma acrítica e fora de contexto. A utilização isolada de indicadores, índices e medidas de risco, sem considerar as condições históricas e sociais em que os fenômenos de saúde ocorrem, pode levar a interpretações simplistas que ocultam as determinações estruturais da enfermidade coletiva.

Nessa perspectiva, os indicadores epidemiológicos, ao invés de expor as iniquidades, podem acabar por legitimá-las, retratando desigualdades criadas socialmente como se fossem variações intrínsecas aos indivíduos ou aos grupos. Essa abordagem costuma transferir a responsabilidade do plano estrutural para o plano pessoal, intensificando discursos que culpam as pessoas por situações que resultam, em boa parte, da pobreza, da exclusão social, do racismo estrutural e da fragilização das políticas públicas.

Populações historicamente marginalizadas, como comunidades racializadas, moradores de áreas periféricas, idosos dependentes e grupos rurais frequentemente são vistas apenas como “grupos de risco”. Essa

classificação, se não questionada, oculta os processos sociais que geram e mantêm a vulnerabilidade, restringindo a resposta em saúde a ações pontuais e compensatórias, ao invés de abordagens estruturais que visem à promoção da equidade (Paim, 2023).

Dessa forma, a epidemiologia crítica sugere que os indicadores não devem ser vistos como objetivos em si, mas sim como ferramentas analíticas a serem compreendidas considerando as relações sociais, econômicas e políticas que envolvem os processos de saúde e doença. Ao adotar essa abordagem, a epidemiologia ajuda a revelar as raízes das desigualdades em saúde e a direcionar políticas públicas voltadas para a justiça social, o reconhecimento da diversidade e a verdadeira proteção do direito à saúde.

Nesse contexto, a epidemiologia crítica sugere uma ampliação significativa da análise ao incorporar aspectos qualitativos, históricos, culturais e territoriais aos métodos quantitativos convencionais. Essa abordagem metodológica permite uma compreensão mais profunda e contextualizada dos processos de saúde–doença, ultrapassando interpretações fragmentadas e reducionistas. Ao incluir narrativas, histórias de vida e avaliações históricas, a epidemiologia consegue entender não apenas a extensão dos problemas, mas também os significados sociais do adoecer e do cuidar.

Sob essa ótica, o território não é mais visto apenas como um espaço físico ou uma divisão administrativa, mas é compreendido como um espaço socialmente construído, onde se manifestam desigualdades, estilos de vida, práticas culturais, redes de apoio e conflitos sociais. De acordo

com Breilh e Granda (2024), o território reflete relações de poder e processos históricos que influenciam tanto a vulnerabilidade a riscos quanto as oportunidades de proteção e atenção à saúde. A análise epidemiológica que leva em conta essas dimensões passa a ser, assim, mais atenta às necessidades reais das populações e mais eficiente na orientação de intervenções socialmente significativas.

Ao assumir um compromisso claro com a proteção da vida em sua esfera coletiva, a epidemiologia crítica reitera que a geração do conhecimento científico não é neutra nem desprovida de valores. Os dados epidemiológicos podem ser utilizados para apoiar políticas seletivas, focalizadas e excludentes, ou, em contraste, para embasar ações emancipadoras e políticas públicas guiadas pela equidade. Essa ambivalência revela que a epidemiologia está inexoravelmente ligada a projetos políticos e a conflitos sobre o significado e a aplicação do conhecimento científico.

Assim, uma epidemiologia dedicada à justiça social deve guiar a criação e a aplicação de políticas públicas focadas na diminuição das desigualdades, na promoção da equidade e na efetiva asseguuração do direito à saúde. Isso significa assegurar a visibilidade para os grupos historicamente marginalizados, frequentemente ignorados pelos sistemas de informação e pelas políticas governamentais e compreender suas necessidades particulares. Segundo a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2023), apenas estratégias que combatam as desigualdades estruturais e reconheçam a diversidade social e territorial podem ajudar na criação de sistemas de saúde mais justos, inclusivos e socialmente

responsáveis.

Dessa maneira, a epidemiologia crítica se estabelece como um domínio teórico-metodológico essencial à Saúde Coletiva moderna, ao conectar de forma inseparável ciência, método e compromisso ético-político. Ao transcender a função limitada de medir agravos e riscos, essa perspectiva expande o alcance da epidemiologia, direcionando-a para a análise dos processos históricos, sociais e territoriais que levam ao adoecimento coletivo.

Nessa ótica, medir, quantificar e comparar não são mais objetivos em si, mas se tornam instrumentos para expor iniquidades, desnaturalizar desigualdades e apoiar ações transformadoras. A epidemiologia crítica ressalta que os padrões de saúde e doença refletem relações sociais caracterizadas por desigualdades de poder, demandando análises que vão além do aspecto técnico e integrem uma interpretação crítica da realidade social.

Ao se posicionar como uma ciência dedicada à vida e à dignidade humana, a epidemiologia crítica ajuda a direcionar políticas públicas focadas na equidade, na justiça social e na proteção do direito à saúde. Dessa forma, ela se posiciona não apenas como uma ferramenta de análise, mas como um projeto ético e político de mudança social, essencial para lidar com os desafios atuais da Saúde Coletiva e para a formação de sociedades mais justas, solidárias e socialmente saudáveis.

CAPÍTULO 03

VIGILÂNCIA EM SAÚDE E TERRITÓRIO: OLHAR PERMANENTE SOBRE POPULAÇÕES DESIGUAIS

VIGILÂNCIA EM SAÚDE E TERRITÓRIO: OLHAR PERMANENTE SOBRE POPULAÇÕES DESIGUAIS

A Vigilância em Saúde, quando vista sob uma ótica ampliada e crítica, vai além da mera função técnica de monitoramento de doenças e agravos, tornando-se uma prática constante de análise da realidade social e sanitária das regiões.

É um acompanhamento constante, metódico e contextual, que se concentra não apenas na identificação de ocorrências epidemiológicas, mas na análise das condições de vida que geram desigualdades, vulnerabilidades e iniquidades em saúde.

Nesse contexto, o território deixa de ser apenas um espaço geográfico-administrativo e passa a ser percebido como um espaço dinâmico, caracterizado por relações sociais, conflitos de poder, narrativas, culturas e estilos de vida. A importância do território na Vigilância em Saúde destaca que os processos de enfermidade não se dispersam de maneira uniforme. Ao invés disso, eles focam em certos espaços sociais, evidenciando a estrutura desigual da sociedade. Regiões marcadas por condições de moradia inadequadas, falta de infraestrutura de saneamento, informalidade laboral, violência sistêmica e acesso restrito a serviços públicos geralmente mostram uma maior incidência de doenças preveníveis. Portanto, monitorar a saúde envolve reconhecer essas desigualdades territoriais e entender como elas se manifestam nos perfis epidemiológicos dos grupos populacionais.

A Vigilância em Saúde entrelaça várias dimensões,

epidemiológica, ambiental, sanitária e do trabalho, reconhecendo que os riscos à saúde surgem de maneira integrada. A exposição a agentes biológicos, químicos e físicos, assim como a situações laborais inseguras e ambientes deteriorados, não acontece por acaso, mas segue padrões de desigualdade social. O território, assim, transforma-se em uma categoria analítica essencial para mostrar como o modelo de desenvolvimento e as políticas públicas (ou a falta delas) afetam de maneira diversa diferentes grupos sociais.

A constante atenção da Vigilância em Saúde demanda a superação de ações fragmentadas e reativas, que se fundamentam apenas na resposta a epidemias ou crises. Em vez disso, implica um monitoramento constante das condições de vida e dos determinantes sociais da saúde, possibilitando a previsão de riscos e a orientação de ações de promoção, prevenção e proteção. Esse monitoramento se torna eficaz apenas quando integrado às redes de assistência à saúde e às políticas intersetoriais, reconhecendo que a promoção da saúde vai além do setor de saúde.

Uma Vigilância em Saúde fundamentada no território requer a participação ativa das comunidades. Os indivíduos que habitam o território não são apenas alvos de monitoramento, mas geradores de conhecimentos e protagonistas do cuidado. Integrar suas percepções, vivências e métodos de organização potencializa a habilidade de reconhecer problemas, formular respostas adaptadas e incentivar a equidade. Nesse aspecto, a vigilância adquire uma função pedagógica e libertadora, ao ajudar na expansão da consciência sanitária e no controle social.

A vigilância em saúde é uma das estratégias mais importantes para

a proteção da vida em grupo, sendo um processo contínuo, sistemático e integrado de monitoramento, análise, interpretação e ação sobre os acontecimentos que impactam a saúde das populações. Consiste em uma prática dinâmica que conecta, de maneira inseparável, a geração de informações qualificadas, a realização de decisões e a execução de ações oportunas, voltadas para a prevenção de riscos, o gerenciamento de agravos e a promoção da saúde. Ao contrário de uma visão limitada, apenas técnica ou burocrática;

A vigilância em saúde desempenha um papel fundamental na estruturação dos sistemas de saúde e na elaboração de políticas públicas. Ao apoiar o planejamento, a distribuição de recursos e a definição de prioridades, ela favorece a lógica e a eficácia das ações em saúde. Nesse contexto, vai além do acompanhamento de doenças transmissíveis, englobando um conjunto mais abrangente de práticas que envolve a vigilância epidemiológica, sanitária, ambiental, da saúde ocupacional e da situação de saúde, interligadas de maneira intersetorial.

A vigilância em saúde vai além da mera notificação e do registro de problemas, destacando as desigualdades sociais, as vulnerabilidades estruturais e as injustiças sanitárias formadas ao longo da história. Conforme ressaltam Teixeira e Costa (2022), essa perspectiva possibilita entender que os acontecimentos em saúde não se distribuem de forma uniforme no território, mas evidenciam processos sociais caracterizados por exclusão, deterioração das condições de vida e desigualdades de poder.

A vigilância em saúde, fundamentada nos princípios da Saúde Coletiva, reitera seu aspecto ético e político ao direcionar ações focadas na

equidade e na proteção do direito à saúde. Ao evidenciar os grupos e áreas mais vulneráveis, ela se estabelece como uma ferramenta estratégica não somente para o gerenciamento de problemas, mas para a mudança social, ajudando na formulação de políticas públicas voltadas à justiça social e à defesa da vida em sua esfera coletiva.

A vigilância epidemiológica sempre esteve intimamente associada ao controle de doenças infecciosas, sendo organizada por meio de ferramentas como a notificação obrigatória, a investigação de casos, o rastreamento de contatos e o acompanhamento de surtos e epidemias. Esse método, historicamente crucial para a mitigação de problemas de grande alcance coletivo, refletia um modelo de saúde focado na identificação de agentes causadores e na interrupção das correntes de transmissão. Entretanto, nas últimas décadas, a noção de vigilância em saúde passou por uma expansão e ressignificação, refletindo as mudanças nos perfis epidemiológicos e nas demandas sociais em saúde.

A vigilância em saúde passou a incluir igualmente as doenças crônicas não transmissíveis, os agravos provenientes do trabalho, as violências, os problemas de saúde ligados às condições ambientais e os eventos emergentes e reemergentes. Essa expansão conceitual demonstra a percepção de que os processos de enfermidade não podem ser entendidos de maneira segmentada, uma vez que estão intimamente ligados às condições de vida, aos modos de produção, às dinâmicas sociais e às desigualdades que se evidenciam nos territórios. Dessa forma, fica claro que há uma demanda por respostas integradas, intersetoriais e localizadas, aptas a conectar ações de promoção, prevenção e assistência (Brasil, 2023).

Os sistemas de informação em saúde desempenham uma função crucial nesse cenário, permitindo a coleta, o armazenamento, o processamento e a análise de dados epidemiológicos que apoiam o planejamento, a gestão e a avaliação das atividades em saúde. Esses sistemas formam a base de informações da vigilância, guiando a definição de prioridades, a distribuição de recursos e o acompanhamento dos resultados das políticas públicas. Entretanto, a epidemiologia crítica destaca os limites e as vulnerabilidades desses sistemas ao ignorarem as desigualdades no acesso aos serviços, a subnotificação dos problemas e a invisibilidade de certos grupos sociais.

Em ambientes periféricos, caracterizados pela fragilidade institucional, debilidade dos serviços públicos e exclusão social, inúmeros eventos de saúde continuam subnotificados ou não são sequer reconhecidos como questões sanitárias importantes. Essa falta de visibilidade estatística prejudica a habilidade de reação do sistema de saúde e ajuda a manter ciclos de injustiça sanitária, ao reforçar a ilusão de que há menor incidência de problemas precisamente nas áreas mais vulneráveis. De acordo com Paim (2023), superar essas barreiras requer não apenas o avanço técnico dos sistemas de informação, mas também uma visão crítica que reconheça a influência das desigualdades estruturais na produção e no registro dos acontecimentos em saúde.

Nesse contexto, o território torna-se central não apenas como uma categoria epidemiológica, mas também como uma categoria política e analítica essencial para entender os processos de saúde–doença. Distante de se limitar a um mero recorte geográfico ou administrativo, o território é

percebido como um espaço socialmente gerado, historicamente formatado e permeado por relações de poder, modalidades de organização do trabalho, estilos de vida, práticas culturais e redes de sociabilidade. É nesse ambiente físico que se concretizam as condições de vida dos cidadãos e se geram, de forma desigual, os riscos e as oportunidades de cuidar da saúde.

A inclusão da dimensão territorial na análise epidemiológica possibilita descobrir padrões distintos de doenças, sofrimento e morte, que não podem ser justificados apenas por fatores individuais ou biológicos. Em vez disso, esses padrões refletem a interação de fatores sociais, como a pobreza estrutural, o racismo institucional, a desregulamentação das relações de trabalho, a instabilidade habitacional e a falta ou fragilidade das políticas públicas. Como ressalta Breilh (2022), o território age como um “reflexo social” das desigualdades, evidenciando como o modelo de desenvolvimento e as decisões políticas afetam de maneira desigual a saúde das comunidades.

Adicionalmente, a análise do território permite reconhecer regiões e grupos sociais constantemente expostos a maiores riscos, além de identificar recursos disponíveis, conhecimentos comunitários e redes de apoio que podem ser ativados na formulação de respostas mais eficazes e socialmente apropriadas. Nesse aspecto, o território não é somente um lugar de necessidades, mas igualmente um local de possibilidades, resistência e geração de cuidado.

Assim, ao considerar o território como uma categoria central, a epidemiologia crítica expande sua capacidade de explicação e intervenção, ajudando na elaboração de políticas públicas que sejam territoriais,

intersetoriais e focadas na equidade. Essa metodologia ressalta que a proteção do direito à saúde está ligada ao combate às desigualdades estruturais que se manifestam de maneira concreta nos lugares onde as pessoas habitam, atuam e edificam suas trajetórias de vida.

A vigilância em saúde baseada no território permite uma interpretação mais atenta, localizada e contextual da realidade social e de saúde, contribuindo para o desenvolvimento de intervenções mais alinhadas às necessidades reais das comunidades. Ao levar em conta as particularidades históricas, sociais, culturais e ambientais de cada região, essa perspectiva ultrapassa modelos uniformes e convencionais de atuação, muitas vezes ineficazes para lidar com as dinâmicas complexas que geram enfermidades em áreas periféricas e socialmente vulneráveis.

Nesses contextos, a vigilância territorializada demonstra não apenas a elevação de doenças e agravos, mas também as potencialidades presentes nos territórios, como as formas de organização comunitária, os conhecimentos locais, as redes de solidariedade e as estratégias coletivas de cuidado criadas no dia a dia. Identificar essas dimensões é crucial para superar visões que veem os territórios periféricos somente como áreas de necessidade, reconhecendo-os também como locais de resistência, geração de vida e elaboração de soluções coletivas em saúde.

Assim, os trabalhadores da saúde que operam diretamente na comunidade desempenham uma função crucial na implementação da vigilância em saúde. Agentes comunitários de saúde, técnicos de vigilância e equipes da atenção primária, por estarem presentes no dia a dia das comunidades, têm uma maior habilidade de reconhecer precocemente

situações de risco, problemas emergentes e alterações nos perfis de doenças. Além disso, esses especialistas desempenham um papel crucial na geração de informações qualificadas, contextualizadas e socialmente relevantes, que frequentemente ficam fora dos sistemas formais de informação em saúde.

De acordo com Mendes e Carvalho (2024), a intervenção territorial desses profissionais também facilita a conexão entre os serviços de saúde e a comunidade, solidificando laços, incentivando a participação social e aumentando a eficácia do sistema de saúde. Assim, a vigilância em saúde baseada no território se firma como uma ferramenta eficaz na promoção da equidade, ao unir conhecimento técnico, saberes comunitários e compromisso ético-político com a proteção da vida e do direito à saúde.

Os obstáculos encontrados pela vigilância em saúde em ambientes periféricos e em situações de vulnerabilidade social são diversos e estruturais. A falta de recursos financeiros e materiais, a precarização e instabilidade das relações de trabalho, a alta rotatividade de profissionais, a sobrecarga das equipes e a fragmentação das políticas públicas prejudicam a continuidade e a qualidade das atividades de vigilância. Essas restrições diminuem a habilidade de resposta rápida do sistema de saúde e complicam a elaboração de intervenções sustentáveis, localizadas e integradas.

Além disso, o uso de dados epidemiológicos sem uma análise crítica e contextual pode gerar efeitos negativos, ao intensificar estigmas sociais e territoriais. Quando certos ambientes são continuamente ligados à doença, à violência ou ao perigo, sem se discutir as condições históricas

e estruturais que geram esses contextos, corre-se o perigo de tornar a exclusão algo natural e validar atitudes discriminatórias. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (Organização Mundial da Saúde, 2023), a análise não crítica dos indicadores pode levar à implementação de políticas punitivas e seletivas, em vez de incentivar ações estruturantes que promovam a equidade.

Diante dessa situação, uma vigilância em saúde que busca a equidade deve declarar claramente seu aspecto ético e político, focando na diminuição das desigualdades e na proteção inabalável do direito à saúde. Isso significa aceitar o território como um espaço de conflito, onde se enfrentam diferentes projetos sociais, interesses financeiros e visões sobre o cuidado. Implica, ainda, entender a vigilância como uma atividade ativa e dinâmica, desenvolvida na rotina dos serviços e em constante diálogo com a participação social.

Ao unir ciência, território e responsabilidade social, a vigilância em saúde reafirma sua função como ferramenta essencial para promover a justiça sanitária e proteger as populações historicamente marginalizadas. Entretanto, além de observar os problemas, busca-se gerar conhecimento voltado para a mudança social, que possa guiar políticas públicas inclusivas e fortalecer a capacidade coletiva para lidar com os determinantes estruturais da doença.

CAPÍTULO 04

TRANSIÇÕES EPIDEMIOLÓGICAS, DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS E CRÔNICAS: A CONVIVÊNCIA DE MÚLTIPLOS PERFIS

TRANSIÇÕES EPIDEMIOLÓGICAS, DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS E CRÔNICAS: A CONVIVÊNCIA DE MÚLTIPLOS PERFIS

O conceito de transição epidemiológica foi criado para expor as mudanças nos padrões de doenças e mortalidade ao longo do tempo, especialmente a mudança de um domínio de doenças infecciosas, transmissíveis e parasitárias para um aumento das doenças crônicas não transmissíveis. Entretanto, essa abordagem clássica, fundamentada em uma linha do tempo linear e progressiva, revela-se inadequada para descrever a realidade atual, especialmente em sociedades caracterizadas por grandes desigualdades sociais. Em contextos como o do Brasil e de outras nações periféricas, o que se percebe não é a troca de um perfil por outro, mas a coexistência simultânea de diversos perfis epidemiológicos.

A continuidade das doenças transmissíveis está intimamente ligada às condições estruturais de vida, como a insuficiência do saneamento básico, a insegurança alimentar, a moradia inadequada e o acesso desigual aos serviços de saúde. Agravos como tuberculose, hanseníase, doenças causadas por vetores e infecções respiratórias continuam afetando de maneira significativa populações em situação de vulnerabilidade social, demonstrando que essas enfermidades não estão no “passado epidemiológico”, mas representam uma manifestação contemporânea de desigualdades históricas. A dispersão desses problemas no território revela que a enfermidade permanece amplamente influenciada por condições sociais, econômicas e ambientais.

Simultaneamente, nota-se o aumento das doenças crônicas não transmissíveis, como diabetes, hipertensão, doenças cardíacas, câncer e distúrbios mentais, relacionadas a alterações nos estilos de vida, nos hábitos de consumo e nas condições laborais. Entretanto, até mesmo essas enfermidades geralmente vistas como fruto de decisões pessoais estão intimamente associadas às circunstâncias sociais da saúde. A exposição prolongada ao estresse, à precariedade no trabalho, à má alimentação e à violência diária contribui para o aumento da incidência e da gravidade desses problemas em grupos socialmente vulneráveis.

A presença simultânea de doenças infecciosas e crônicas cria um panorama epidemiológico complicado, caracterizado pela confluência de riscos e pelo aumento das vulnerabilidades. Em diversos locais, pessoas e comunidades enfrentam ao mesmo tempo infecções preveníveis e doenças crônicas duradouras, necessitando de respostas integradas e permanentes dos sistemas de saúde. Este panorama contesta modelos assistenciais desarticulados, que costumam dividir o cuidado em categorias rígidas de atenção, desconsiderando a totalidade das necessidades em saúde.

Sob a ótica da epidemiologia crítica, essa coexistência de diversos perfis epidemiológicos deve ser entendida como fruto de processos sociais desiguais e não como uma falha ou atraso no progresso sanitário. A concepção de transição, ao ser considerada de maneira uniforme e universal, oculta as disparidades territoriais e sociais, além de legitimar a continuidade de problemas evitáveis entre grupos marginalizados. Reconhecer a diversidade dos perfis epidemiológicos requer aceitar que o avanço em saúde não ocorre de forma equilibrada e que os benefícios

sanitários coexistem com exclusões duradouras.

Portanto, lidar com o atual panorama epidemiológico demanda políticas públicas que considerem a complexidade e a diversidade dos processos de enfermidade. É fundamental coordenar atividades de monitoramento, fomento, prevenção e assistência, levando em conta as particularidades regionais e as realidades de vida das comunidades. A coexistência de diversos perfis epidemiológicos representa não apenas um desafio técnico, mas também um reflexo das desigualdades sociais que permeiam a geração de saúde. Entendê-la de maneira crítica é um passo essencial para formular respostas mais justas, completas e dedicadas à proteção da vida. A ideia de transição epidemiológica surgiu como um referencial teórico para entender as alterações históricas nos padrões de doenças e mortes das populações, criando uma conexão direta entre o desenvolvimento socioeconômico, a melhoria das condições de vida e a mudança dos perfis epidemiológicos. De acordo com o modelo clássico, amplamente aceito a partir da segunda metade do século XX, as sociedades experimentariam um processo linear e progressivo, onde a diminuição das doenças transmissíveis e das causas infecciosas de mortalidade resultaria no predomínio das doenças crônicas não transmissíveis, degenerativas e associadas ao envelhecimento da população.

Esse modelo, criado inicialmente por Omran, assume um percurso bastante homogêneo e universal, caracterizado por etapas sucessivas de transição que levariam a um padrão epidemiológico “moderno”. Entretanto, essa visão tem se revelado cada vez mais insuficiente para entender a complexidade dos cenários atuais, principalmente nos países de

renda média e baixa. Em tais contextos, percebe-se a convivência e a intersecção de variados perfis epidemiológicos, onde infecções persistem ou ressurgem junto ao aumento das enfermidades crônicas, das lesões externas e de eventos emergentes, desafiando a lógica de substituição gradual sugerida pelo modelo clássico (Omran, 2022).

Nas áreas urbanas periféricas e em territórios com vulnerabilidades sociais, essa sobreposição se revela de maneira especialmente intensa, mostrando que as mudanças epidemiológicas não ocorrem de maneira linear, mas são fortemente influenciadas por desigualdades sociais, territoriais e políticas. A continuidade de doenças infecciosas ligadas à pobreza, à falta de saneamento e ao acesso restrito aos serviços de saúde coexistem com o crescimento de problemas crônicos associados a hábitos de vida impostos, situações de trabalho precárias e ao rápido envelhecimento da população.

Assim, a crítica ao modelo tradicional de transição epidemiológica enfatiza a demanda por abordagens mais complexas e contextualizadas, que consigam reconhecer a heterogeneidade dos processos de adoecimento e as grandes iniquidades que caracterizam as trajetórias epidemiológicas das populações. Essa leitura ampliada reitera a relevância de entender a transição epidemiológica não como um processo natural ou inevitável, mas sim como um fenômeno determinado socialmente, permeado por decisões políticas, modelos de desenvolvimento e desigualdades estruturais.

Na realidade das sociedades marcadas por grandes desigualdades sociais, nota-se a presença simultânea de diversos perfis epidemiológicos, criando um cenário complexo e heterogêneo que desafia a ideia tradicional

de uma transição epidemiológica uniforme e linear. Longe de ser uma fase "incompleta" do desenvolvimento, essa configuração híbrida revela que os padrões de saúde e enfermidade são fortemente influenciados pelas condições materiais de vida, pela desigualdade no acesso a bens e serviços essenciais e pela maneira como os sistemas de saúde são estruturados e financiados.

Em áreas periféricas e socialmente vulneráveis, continuam a existir doenças infecciosas historicamente ligadas à pobreza, à falta de saneamento adequado e à exclusão social, como a tuberculose, a malária, o HIV/AIDS e as doenças tropicais esquecidas. Essas doenças coexistem com problemas novos e renascente, frequentemente ligados a processos de urbanização desigual, deslocamento populacional, degradação ambiental e fragilidade nas políticas públicas. Simultaneamente, nota-se o aumento significativo das doenças crônicas não transmissíveis, como hipertensão, diabetes, doenças cardíacas e condições neurodegenerativas, incluindo a Doença de Alzheimer, fomentadas pelo envelhecimento populacional acelerado, por condições laborais precárias e por estilos de vida determinados socialmente.

Essa intersecção de problemas mostra que a transição epidemiológica não acontece de maneira uniforme ou linear, mas se apresenta de forma desigual entre países, regiões e grupos sociais. Segundo Paim (2023), a continuidade e a acentuação desse duplo, ou até triplo ônus de doenças refletem as desigualdades estruturais presentes nas sociedades atuais, evidenciando a ligação direta entre desigualdade social e saúde coletiva.

Assim, entender os perfis epidemiológicos em contextos periféricos demanda ultrapassar modelos explicativos simplistas e adotar perspectivas críticas que reconheçam a influência social sobre a saúde. Apenas a partir dessa visão é viável criar políticas públicas que sejam integradas e justas, capazes de lidar simultaneamente com doenças transmissíveis, problemas emergentes e condições crônicas, assegurando respostas apropriadas às necessidades verdadeiras das populações mais vulneráveis.

A epidemiologia crítica exerce uma função essencial ao questionar o modelo tradicional de transição epidemiológica, alegando que os processos de doença e morte não seguem uma lógica natural, linear ou necessária, mas são historicamente gerados por influências sociais, econômicas e políticas. Nesse contexto, a presença de diversos perfis epidemiológicos não deve ser vista como indício de atraso, anomalia ou falha no progresso, mas como manifestação tangível das desigualdades estruturais que estruturam a vida social e distribuem de maneira desigual riscos, vulnerabilidades e oportunidades de proteção à saúde.

Populações que vivenciam a pobreza estrutural, as condições precárias no trabalho, a insegurança alimentar e a exclusão social têm uma exposição elevada tanto a doenças infecciosas quanto a doenças crônicas não transmissíveis. Essa situação gera contextos de dupla ou até tripla incidência de doenças, onde males historicamente ligados à pobreza coexistem com condições crônicas, violências e questões de saúde mental. Conforme ressalta Breilh (2022), essa sobreposição mostra a atuação acumulativa de processos sociais negativos, que atuam continuamente ao

longo da vida e agravam o adoecimento coletivo.

O envelhecimento da população é outro fator essencial na formação dos perfis epidemiológicos atuais, devendo ser avaliado sob a perspectiva das desigualdades sociais. O crescimento da expectativa de vida, embora represente uma conquista significativa da sociedade, acontece de forma bastante desigual entre diferentes grupos sociais, áreas e territórios. Em cenários caracterizados por desigualdade, o envelhecimento costuma estar ligado a percursos de vida marcados por carências materiais, trabalho árduo, acesso restrito a serviços de saúde e fraca proteção social, elementos que favorecem o desenvolvimento mais precoce e grave de doenças crônicas, incapacidades e dependência funcional.

Assim, as doenças crônicas e degenerativas não devem ser vistas apenas como uma consequência natural do envelhecimento, mas sim como um resultado acumulado de exposições negativas ao longo da vida. Conforme destaca a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2023), as desigualdades sociais influenciam de forma significativa as vivências de envelhecimento e os padrões de enfermidade, demandando políticas públicas que integrem promoção da saúde, prevenção e atendimento completo desde os primeiros momentos da vida. Dessa maneira, a epidemiologia crítica enfatiza a importância de estratégias que levem em conta o ciclo da vida e enfrentem os determinantes estruturais da saúde para diminuir desigualdades e favorecer um envelhecimento digno e saudável.

Além disso, acontecimentos recentes, como crises de saúde globais e a reemergência de epidemias, demonstraram de maneira clara os limites

da noção de que as doenças transmissíveis estariam definitivamente superadas. A repetida presença de surtos, epidemias e pandemias mostra que os problemas infecciosos continuam a ser uma séria ameaça à saúde pública, principalmente em cenários caracterizados por grandes desigualdades sociais e vulnerabilidade dos sistemas de saúde.

A continuidade e a reaparição dessas epidemias estão intimamente ligadas a processos estruturais atuais, como as mudanças climáticas, que aumentam a dispersão de vetores e modificam os padrões de transmissão; a urbanização rápida e inadequada, que cria condições ambientais adequadas à propagação de doenças; e o aumento da mobilidade populacional, que favorece a rápida disseminação de agentes infecciosos em níveis local e global. Esses elementos destacam a insuficiência de modelos explicativos simplistas e enfatizam a importância de estratégias integradas e interdisciplinares, aptas a compreender a complexidade dos perfis epidemiológicos contemporâneos (Souza et al., 2024).

Nesse contexto, nota-se uma interação crescente entre doenças infecciosas e crônicas, gerando efeitos sinérgicos que aumentam riscos e agravam resultados em grupos socialmente vulneráveis. Pessoas com doenças crônicas, como diabetes, hipertensão e doenças cardiovasculares, costumam ter um risco aumentado de complicações e morte ao serem atingidas por infecções, enquanto situações de epidemias podem interromper o tratamento contínuo dessas condições, exacerbando ainda mais as desigualdades em saúde.

Dessa forma, a experiência recente enfatiza a importância de transcender a distinção entre doenças infecciosas e não infecciosas,

adotando uma abordagem que reconheça a interconexão entre diversos problemas e a relevância dos determinantes sociais da saúde. A epidemiologia crítica, ao abranger essas dimensões, fornece uma base analítica essencial para direcionar políticas públicas que atendam de maneira justa e eficiente aos desafios sanitários atuais, especialmente em áreas e grupos historicamente vulneráveis.

Dessa maneira, entender as transições epidemiológicas na atualidade requer renunciar a modelos explicativos lineares, universalizantes e excessivamente normativos, que ignoram a diversidade dos contextos sociais e históricos. A realidade contemporânea demonstra que os processos de saúde e doença são caracterizados pela presença simultânea de diversos perfis epidemiológicos, formando trajetórias diversas que mudam de acordo com as condições de vida, o espaço geográfico, a fase da vida e a posição dos indivíduos na estrutura social.

Essa convivência de problemas evidencia que as transições epidemiológicas não se dão de maneira uniforme nem previsível, mas são intensamente afetadas por desigualdades sociais, territoriais e geracionais. Grupos sociais variados enfrentam padrões variados de doenças e mortalidade, evidenciando exposições acumulativas a perigos, acesso desigual a cuidados de saúde e distintas habilidades de proteção ao longo da vida. Dessa forma, a transição epidêmica deve ser entendida como um processo determinado socialmente, e não como uma fase natural do progresso.

A percepção dessa complexidade é essencial para a elaboração de políticas públicas que considerem as realidades concretas das

comunidades. Isso requer a articulação de ações de vigilância, prevenção, cuidado e promoção da saúde de forma intersetorial e territorial. Apenas com uma visão voltada para a equidade e para a justiça social é viável abordar de maneira eficaz os desafios sanitários atuais, lidando ao mesmo tempo com doenças transmissíveis, problemas crônicos, emergências de saúde e as desigualdades que moldam os perfis epidemiológicos presentes.

CAPÍTULO 05

DETERMINANTES SOCIAIS, SAÚDE MENTAL E SOFRIMENTO SOCIAL

DETERMINANTES SOCIAIS, SAÚDE MENTAL E SOFRIMENTO SOCIAL

Os determinantes sociais da saúde constituem mais do que um grupo de fatores externos que afetam a condição de saúde das pessoas. Eles refletem, em essência, a maneira como a vida é estruturada socialmente e como essa estrutura se inscreve nos corpos, nas subjetividades e nas jornadas de vida. Discutir os determinantes sociais é compreender que a saúde é gerada dentro das interações sociais, e não apenas no corpo biológico.

Em sua essência mais profunda, os determinantes sociais mostram que a dinâmica saúde-doença é histórica e política. As condições de vida não aparecem de forma espontânea ou acidental; derivam de decisões coletivas, sistemas econômicos, dinâmicas de poder e conflitos sociais. Renda, emprego, habitação, ensino e acesso a direitos não são elementos separados, mas manifestações diretas de como a sociedade aloca recursos, chances e reconhecimento. Dessa forma, o adoecer deixa de ser visto como um evento pessoal e é entendido como uma consequência gerada socialmente.

Sob a perspectiva epistemológica, a ideia de determinantes sociais quebra com a lógica de causalidade linear normalmente associada ao modelo biomédico. Ao invés de procurar uma causa isolada para a enfermidade, sugere uma interpretação complexa e relacional, onde diversas determinações operam simultaneamente e de forma

interdependente. O corpo se transforma no espaço onde se concretizam desigualdades sociais: a longevidade, o padecimento, a vulnerabilidade a perigos e as oportunidades de assistência são influenciadas pela posição que os indivíduos ocupam na hierarquia social.

Existe, também, uma dimensão ética fundamental. Reconhecer os fatores sociais que influenciam a saúde significa aceitar que muitas doenças, mortes e sofrimentos são preveníveis e, por isso, injustos. Quando grupos inteiros enfrentam mais doenças e falecem precocemente não por fatores biológicos, mas por circunstâncias de vida, estamos diante de desigualdades em saúde. Assim, os determinantes sociais transferem a discussão da responsabilidade pessoal para a responsabilidade coletiva e governamental, posicionando a justiça social como central na conversa sobre saúde.

Em um nível mais subjetivo, os fatores sociais também influenciam a maneira como as pessoas experienciam a doença. A vivência da enfermidade é extremamente diferente de acordo com a disponibilidade de recursos materiais, sistemas de apoio, validação social e a capacidade de imaginar o futuro. A dor não se restringe à esfera física, mas abrange medo, insegurança, perda de propósito e enfraquecimento das conexões. Dessa forma, saúde e doença se transformam em vivências sociais antes de serem meras condições clínicas.

Assim, considerar os determinantes sociais da saúde implica reconhecer que gerar saúde vai além de tratar enfermidades, mas envolve mudar as condições que causam o adoecimento. Isso demanda políticas públicas intersetoriais, envolvimento social, fortalecimento das

comunidades e reconhecimento dos indivíduos como protagonistas. Além de serem um conceito técnico, os determinantes sociais da saúde são uma ferramenta essencial para entender a vida, o sofrimento e o cuidado em sociedades afetadas pela desigualdade.

Os processos de saúde, enfermidade e falecimento são fortemente influenciados pelas condições sociais em que as pessoas nascem, amadurecem, habitam, exercem suas atividades e envelhecem, mostrando que a saúde está indissociavelmente ligada ao contexto social e histórico em que a vida se desenrola. Os denominados determinantes sociais da saúde, como renda, nível educacional, participação no mercado de trabalho, condições habitacionais, identidade racial, gênero e local de residência, não atuam de forma isolada ou linear, mas se conectam de maneira dinâmica e interdependente, formando uma rede complexa de fatores que distribui de maneira desigual as chances de viver com saúde e dignidade.

Essa conexão gera percursos de vida caracterizados por exposições acumulativas a perigos e por variados graus de amparo social, o que se reflete nos padrões de enfermidade e mortalidade verificados entre diferentes grupos sociais. Pessoas e grupos expostos a situações de pobreza, discriminação racial, desigualdades de gênero e instabilidade no trabalho costumam enfrentar maior vulnerabilidade ao adoecer e uma probabilidade elevada de morte prematura, independentemente de suas condutas individuais. Desse modo, as desigualdades em saúde manifestam-se como uma expressão direta das desigualdades sociais mais amplas.

Dessa forma, a saúde não é mais vista como um resultado apenas de opções pessoais, modos de viver ou fatores biológicos, mas passa a ser entendida como uma questão que valoriza a importância das estruturas sociais e das relações de poder na geração do bem-estar e do sofrimento. De acordo com Buss e Pellegrini Filho (2022), os fatores sociais que afetam a saúde demonstram que as políticas econômicas, educacionais, urbanas e sociais têm um papel fundamental nas condições de vida e, por conseguinte, nos perfis epidemiológicos das populações.

Reconhecer a importância dos determinantes sociais da saúde requer uma abordagem crítica e intersetorial na criação de políticas públicas, capaz de combater as desigualdades estruturais que resultam em doenças e mortes evitáveis. A promoção da saúde, sob essa visão, requer não apenas ações no campo da saúde, mas mudanças sociais mais amplas, guiadas pela equidade, pela justiça social e pela proteção dos direitos humanos.

A ideia de iniquidades em saúde é fundamental no debate atual sobre os determinantes sociais, referindo-se às desigualdades injustas, sistemáticas e evitáveis que afetam desproporcionalmente certos grupos populacionais. Ao contrário das variações naturais ou biológicas presentes entre indivíduos, as iniquidades são geradas socialmente e refletem processos históricos de exclusão, discriminação e negação de direitos, sendo mantidas por políticas econômicas excludentes e pela distribuição desigual de recursos materiais e simbólicos.

Essas desigualdades revelam-se de forma evidente nos distintos perfis de enfermidade e óbito, mostrando que as chances de viver com

saúde não estão distribuídas de maneira igualitária na sociedade. Provas recentes mostram que grupos em condição de pobreza, trabalhadores em empregos instáveis, pessoas negras, mulheres e habitantes de áreas periféricas possuem indicadores de saúde inferiores, maior vulnerabilidade a riscos e menor acesso a serviços de saúde adequados e de qualidade. Esses padrões não emergem de decisões pessoais, mas expressam desigualdades estruturais que permeiam classe social, raça, gênero e território (Paim, 2023).

Além disso, as desigualdades em saúde costumam se reproduzir e se intensificar ao longo da vida, funcionando de maneira cumulativa e intergeracional. A exclusão social experimentada nas fases iniciais da vida afeta os caminhos educacionais, a inserção no mercado de trabalho e as condições de envelhecimento, aumentando vulnerabilidades e restringindo as oportunidades de cuidado e proteção à saúde. Dessa forma, as desigualdades manifestam-se como uma reflexão das relações de poder que estruturam a sociedade e influenciam o acesso aos direitos sociais.

Dessa forma, o combate às desigualdades em saúde demanda políticas públicas guiadas pela equidade e pela justiça social, aptas a influenciar os determinantes estruturais das doenças. Identificar as iniquidades como passíveis de prevenção e injustas envolve um engajamento ético e político na diminuição das desigualdades, no aumento do acesso aos serviços de saúde e na promoção de condições de vida adequadas para todos os segmentos populacionais.

Na área da Saúde Coletiva, a saúde mental ocupou, por um longo tempo, uma posição secundária, muitas vezes desconectada das análises

mais amplas sobre condições de vida, trabalho e fatores sociais que influenciam a saúde. Historicamente, o sofrimento psicológico foi tratado principalmente sob uma perspectiva biomédica, individualizante e patologizante, focada no diagnóstico, na classificação nosológica e na medicalização dos sinais. Essa visão reducionista ignorou, em grande medida, os contextos sociais, econômicos, culturais e políticos que geram, intensificam e perpetuam o adoecimento mental.

Esse método favoreceu a invisibilidade das dimensões coletivas do sofrimento mental, reforçando práticas de cuidado focadas no indivíduo isolado e, frequentemente, na institucionalização e no controle social. Ao separar a saúde mental das realidades de vida, esse modelo restringiu a compreensão dos processos de enfermidade e complicou a criação de políticas públicas que confrontem as origens sociais do sofrimento.

Com o fortalecimento de abordagens críticas e interdisciplinares, esse contexto começa a ser progressivamente desafiado. Influenciadas pela Reforma Psiquiátrica, pela Saúde Coletiva e pelas contribuições das ciências humanas e sociais, essas abordagens reconhecem a saúde mental como um aspecto inseparável da saúde total e como um fenômeno intensamente impactado pelas desigualdades sociais. Conforme ressaltam Amarante e Torre (2022), o sofrimento mental deve ser entendido em conexão com elementos como pobreza, violência, racismo, precariedade laboral, exclusão social e vulnerabilidade das redes de proteção.

Nesse contexto, a saúde mental não é mais vista apenas como uma questão clínica individual, mas é reconhecida como um problema coletivo e político, exigindo respostas que integrem cuidados em saúde, políticas

sociais e engajamento comunitário. Essa transformação de paradigma expande a visão da Saúde Coletiva, validando a urgência de ações e políticas dedicadas à promoção da vida, da dignidade humana e da equidade social.

Contudo, a vigilância em saúde mental pautada pelo território surge como estratégia chave para evidenciar essas manifestações de sofrimento social e apoiar respostas mais apropriadas às demandas das populações. Ao combinar dados epidemiológicos, escuta ativa e saber elaborado nas práticas dos serviços, a vigilância territorializada possibilita reconhecer padrões de sofrimento mental relacionados às condições de vida, ao emprego, à violência e à exclusão social. Ao contrário de métodos focados apenas em diagnósticos formais, essa visão amplia a atenção para indícios iniciais de sofrimento, necessidades não expressas e contextos de vulnerabilidade que ficam fora dos sistemas informacionais convencionais.

A Atenção Primária à Saúde e a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) têm um papel fundamental nesse processo, pois estão presentes na comunidade e mantêm um contato direto e constante com a população. Profissionais como agentes comunitários de saúde, equipes multiprofissionais e trabalhadores da saúde mental atuam como mediadores cruciais entre o sofrimento experienciado nas comunidades e as políticas públicas, ajudando na elaboração de respostas intersetoriais que integrem saúde, assistência social, educação, trabalho e direitos humanos. Essa ação promove a geração de cuidado integral, fundamentada na relação, no reconhecimento das particularidades e no fortalecimento das

redes comunitárias de assistência (Amarante; Torre, 2022).

A inclusão do sofrimento social nas práticas de monitoramento e assistência em saúde mental requer a superação de desafios estruturais e epistemológicos. Entre eles, ressaltam-se a continuidade de modelos biomédicos dominantes, a falta de recursos, a desarticulação das políticas públicas e a dificuldade de converter experiências subjetivas e coletivas em indicadores que reflitam as realidades locais. Adicionalmente, existe o risco de uma medicalização do sofrimento social, em que questões geradas por desigualdades estruturais são consideradas apenas como problemas individuais, afastando a responsabilidade do Estado e da sociedade (Kleinman *et al.*, 2023).

Com isso, uma análise crítica da saúde mental, conectada aos fatores sociais e ao espaço geográfico, reitera que o sofrimento psicológico é igualmente reflexo das desigualdades sociais atuais. Reconhecer e lidar com essa dor exige um compromisso ético e político com a justiça, a proteção dos direitos sociais e a mudança das condições que geram o adoecimento. Ao unir vigilância em saúde, epidemiologia crítica e saúde mental coletiva, aumenta-se a habilidade de entender a complexidade dos processos de saúde e enfermidade e de elaborar políticas públicas mais equitativas, sensíveis e dedicadas à dignidade das comunidades historicamente vulneráveis.

Dessa forma, a inclusão das categorias gênero e raça nas análises epidemiológicas e nas práticas de monitoramento em saúde mental é essencial para revelar desigualdades historicamente ignoradas. A falta ou a fragilidade dessas informações nos sistemas de saúde não é isenta de

significado, mas revela relações de poder que determinam quais sofrimentos são considerados legítimos e quais permanecem ocultos. A epidemiologia crítica destaca que a falta de questionamento sobre o racismo estrutural e as desigualdades de gênero favorece a criação de políticas universalizantes, que ignoram as particularidades dos grupos mais vulneráveis e, assim, perpetuam iniquidades no acesso ao cuidado e na qualidade do atendimento prestado (Paim, 2023).

Além disso, a intersecção de gênero, raça, classe social e território intensifica os impactos do sofrimento psicológico, moldando vivências únicas de transtornos mentais. Mulheres afrodescendentes, por sua vez, frequentemente enfrentam a intersecção de opressões que agravam a exposição ao estresse crônico, à violência sistemática e à precarização do emprego, levando a uma maior suscetibilidade ao sofrimento mental e a um acesso reduzido a serviços de cuidado. Identificar essas intersecções é fundamental para desenvolver estratégias de vigilância e cuidado que considerem as diversas dimensões da desigualdade e que possam gerar respostas mais justas (Crenshaw, 2022).

Assim, uma perspectiva crítica da saúde mental, ligada aos determinantes sociais e guiada pelo espaço territorial, requer o aprimoramento de sistemas de informação que incluam indicadores sociais da diversidade e deem importância a dados qualitativos gerados na rotina dos serviços e das comunidades. Entretanto, mais do que medir agravos, é fundamental entender os processos sociais que geram o sofrimento e elaborar políticas públicas que se comprometam com a justiça social, o combate ao racismo e às desigualdades de gênero, além de assegurar o

direito à saúde mental como um aspecto inseparável da cidadania.

Assim, a conexão entre determinantes sociais, saúde mental e sofrimento social ressalta que o cuidado em saúde precisa ir além das intervenções clínicas individuais, incluindo ações coletivas, intersetoriais e territorializadas. Lidar com o sofrimento psíquico demanda políticas que se integrem a setores como assistência social, educação, trabalho, habitação, cultura e segurança, identificando que a construção da saúde mental está profundamente conectada às condições reais de vida e às oportunidades de exercer a cidadania. Intervenções isoladas, desvinculadas do contexto social, costumam gerar respostas incompletas e pouco duradouras diante da complexidade dos processos de adoecimento mental.

Assim, a Saúde Coletiva desempenha uma função crucial ao conectar a saúde mental à discussão sobre desigualdades, fatores sociais e equidade social. Ao identificar o sofrimento psíquico como reflexo de desigualdades estruturais, esse setor colabora para a elaboração de políticas públicas voltadas para a equidade, a inclusão social e o empoderamento das comunidades. A saúde mental deve ser reconhecida como um direito humano essencial, indissociável da dignidade, da proteção social e da diminuição das desigualdades, principalmente para coletivos historicamente invisíveis, marginalizados e sujeitos a diversas formas de opressão.

CAPÍTULO 06

SISTEMAS DE SAÚDE, CONHECIMENTO E ÉTICA: POR UMA EPIDEMIOLOGIA COMPROMETIDA

SISTEMAS DE SAÚDE, CONHECIMENTO E ÉTICA: POR UMA EPIDEMIOLOGIA COMPROMETIDA

Sistemas de saúde são os conjuntos sociais, políticos e institucionais estabelecidos para coordenar a promoção, a prevenção e os cuidados com a saúde de uma comunidade. Eles demonstram de que maneira uma sociedade aprecia a vida e estabelece a saúde, como um direito, bem coletivo ou produto.

Sua forma de financiamento, gestão e acesso não é neutra: pode diminuir ou intensificar desigualdades. Sistemas universais visam assegurar equidade e integralidade; sistemas segmentados tendem a replicar desigualdades sociais. Além de tratar enfermidades, os sistemas de saúde avaliam os impactos dos determinantes sociais, geram cuidado, relações e proteção social.

Assim, a epidemiologia tem um papel crucial na área da saúde coletiva, ao gerar informações que guiam políticas governamentais, estruturam sistemas de saúde e impactam escolhas que influenciam diretamente a vida das pessoas. Distante de ser um conhecimento imparcial ou apenas técnico, sua aplicação é intensamente influenciada por decisões éticas, conflitos políticos e visões de mundo. Compreender essa perspectiva é essencial para conceber uma epidemiologia voltada para a equidade, a justiça social e o fortalecimento das estruturas de saúde.

Por outro lado, os sistemas de saúde, por sua vez, não se organizam apenas por meio de recursos financeiros ou tecnológicos, mas também com

fundamentos nos conhecimentos que validam prioridades, definem riscos e estabelecem critérios de intervenção. Nesse aspecto, a epidemiologia não apenas relata situações de saúde: ela contribui ativamente para sua construção simbólica e material. Ao escolher indicadores, definir grupos vulneráveis ou priorizar agravos, gera-se visibilidade e invisibilidade que possuem implicações éticas significativas.

A produção do saber epidemiológico se dá em contextos históricos determinados, caracterizados por desigualdades sociais, econômicas e políticas. Ao se desvincular dessas determinações, a epidemiologia pode acabar naturalizando injustiças, ao atribuir causas individuais a problemas coletivos e intensificando lógicas de responsabilização dos indivíduos em prejuízo da análise estrutural. Dessa forma, criticar a suposta neutralidade científica se torna essencial para uma epidemiologia que admite suas próprias limitações e responsabilidades.

A ética, nesse cenário, não deve ser limitada ao seguimento de protocolos formais ou à autorização por comitês de pesquisa. Ela se manifesta, principalmente, nas decisões epistemológicas e metodológicas que guiam a pesquisa: quais questões são vistas como importantes? Quais grupos populacionais são analisados? Quem é favorecido pelo saber gerado? Uma epidemiologia preocupada demanda uma reflexão contínua sobre essas questões, assumindo que toda pesquisa científica é, de certo modo, uma posição assumida. Nos serviços públicos de saúde, como o Sistema Nacional de Saúde (SNS), a epidemiologia desempenha uma função ainda mais crucial. Ao apoiar o planejamento, a vigilância e a avaliação de políticas, pode ajudar não apenas na ampliação do direito à

saúde, mas também na legitimação de práticas excludentes. A seleção de indicadores que revelem desigualdades, a utilização de análises que considerem determinantes sociais e a adoção de abordagens territoriais é, assim, uma decisão ética e política em prol da equidade.

Uma epidemiologia comprometida requer diálogo interdisciplinar e receptividade a outros conhecimentos. A valorização dos saberes gerados por comunidades, profissionais de saúde e movimentos sociais enriquece a compreensão dos processos de saúde e enfermidade, confrontando abordagens excessivamente simplistas. Esse movimento desafia a hierarquia clássica entre conhecimento científico e conhecimento popular, aproximando a epidemiologia de uma abordagem mais democrática e socialmente fundamentada.

Ademais, o compromisso ético da epidemiologia se manifesta na maneira como os resultados são divulgados e aplicados. A simplificação exagerada de informações, a dramatização de riscos ou a manipulação política de dados podem causar medo, estigmatização e desinformação. Dessa forma, a responsabilidade ética não se limita à produção do conhecimento, mas se amplia à sua disseminação e utilização social.

Nessa ótica, uma epidemiologia voltada para a equidade deve estar conectada à promoção de sistemas de saúde universais, públicos e guiados pelo direito à saúde. Sistemas fragmentados, centrados ou excessivamente comercializados tendem a acentuar desigualdades, ao limitar o acesso conforme a capacidade de pagamento ou a inclusão no mercado de trabalho. Em vez disso, sistemas universais ampliam a habilidade do

Estado de gerar informações completas, elaborar ações integradas e reagir de maneira mais justa às demandas de saúde da população. A produção epidemiológica, nesse cenário, torna-se mais do que um simples recurso técnico e se transforma em fundamento estratégico para a criação de políticas públicas guiadas pela justiça social.

A maneira como os dados epidemiológicos são gerados, analisados e aplicados está intimamente vinculada às lógicas institucionais e políticas que permeiam os sistemas de saúde. Sob agendas neoliberais, a epidemiologia pode ser usada para legitimar reduções de despesas, escolhas seletivas e responsabilização pessoal pela doença. Indicadores começam a ser empregues para justificar políticas de austeridade, focalização exagerada e diminuição da função do Estado, esvaziando o significado do direito universal à saúde. A epidemiologia crítica sinaliza que esses usos do saber científico perpetuam desigualdades estruturais e prejudicam a habilidade dos sistemas de saúde em salvaguardar a vida coletiva.

Em contrapartida, ao ser vinculada a projetos políticos que priorizam a universalidade, a integralidade e a equidade, a epidemiologia se transforma em um poderoso instrumento de mudança social. Ao revelar padrões de enfermidade ligados à pobreza, ao racismo, às desigualdades de gênero e às condições de território, ela apoia a elaboração de políticas redistributivas e iniciativas intersetoriais que possam combater as causas estruturais da doença. Dessa forma, uma epidemiologia comprometida vai além de identificar “onde” e “quanto” as doenças ocorrem, mas ajuda a entender “por que” e “para quem” os problemas de saúde se concentram,

confirmando o sistema de saúde como um espaço de conflito ético, político e social em prol da vida e da dignidade humana.

Nesse cenário, o financiamento em saúde deve ser visto não apenas como uma questão técnica ou contábil, mas também como uma decisão política que reflete prioridades sociais e visões de sociedade. A falta crônica de recursos impacta não só a prestação de serviços, mas também a habilidade do sistema em gerar informações de qualidade, sustentar redes de vigilância, assegurar continuidade no cuidado e responder de maneira adequada às demandas sanitárias que surgem. Sistemas com pouco financiamento costumam funcionar sob uma lógica de escassez constante, onde a epidemiologia é empregada para classificar riscos e escolher populações “prioritárias”, muitas vezes em desvantagem do princípio da universalidade e da Integralidade do cuidado.

A mercantilização da saúde intensifica essa situação ao submeter a distribuição de recursos à lógica do mercado, onde a lucratividade direciona escolhas sobre quais serviços, regiões e populações devem receber investimento. Dentro dessa lógica, problemas comuns em comunidades pobres, periféricas e racializadas costumam ser ignorados, uma vez que não oferecem um retorno financeiro imediato. A epidemiologia, ao ser entendida por essa lógica, pode ser vista como uma ferramenta de gestão da escassez, aplicada para justificar pacotes mínimos de assistência, concentração excessiva e transferência de obrigações do Estado para indivíduos e famílias.

Em contrapartida, uma epidemiologia voltada para o direito à saúde reitera que o financiamento apropriado é requisito essencial para a

equidade. Ao destacar desigualdades regionais, iniquidades no acesso e efeitos distintos das políticas de austeridade sobre grupos em situação de vulnerabilidade, a análise epidemiológica pode apoiar a defesa de um financiamento público sólido, progressivo e redistributivo. Nesse contexto, os dados deixam de ser utilizados para a limitação de despesas e tornam-se fundamentais para promover o aumento de investimentos direcionados às demandas sociais na área da saúde.

Sendo assim, conectar financiamento, epidemiologia e justiça social envolve entender que a produção e o uso de evidências não são neutros. A epidemiologia pode ao mesmo tempo validar políticas retrocedentes e reforçar iniciativas de sistemas universais e solidários. Sua força transformadora está na habilidade de expor os impactos sanitários do subfinanciamento e da mercantilização, reafirmando que a concretização do direito à saúde demanda um compromisso político com a redistribuição de recursos, a diminuição das desigualdades e a centralidade da vida como valor ético essencial.

A geração do saber em saúde deve ser entendida não apenas como um ato técnico-científico, mas também como uma atividade social e política, influenciada por relações de poder e pela dinâmica de dominação cultural. Nesse aspecto, a epidemiologia, como ciência contextualizada socialmente, não é isenta dos processos de colonialidade do conhecimento que influenciam a produção acadêmica e institucional mundial. Historicamente, os referenciais epidemiológicos foram elaborados com base em paradigmas eurocêtricos, que almejam ser universais, mas acabam por naturalizar a experiência social e histórica dos países do Norte

Global, enquanto ignoram ou desconsideram as particularidades socioculturais dos países do Sul Global. Essa suposta universalidade resulta na imposição de categorias, ferramentas e métodos criados em contextos culturais e socioeconômicos diferentes, produzindo evidências que nem sempre se adequam à realidade de grupos que vivem em outras condições históricas e materiais.

A dominação de saberes eurocêntricos na epidemiologia se revela na hierarquização do conhecimento, onde certos tipos de evidência e metodologias são vistos como mais “científicos” e, por isso, superiores, enquanto conhecimentos locais, experiências comunitárias e práticas de cuidado não hegemônicas são deslegitimadas ou consideradas periféricas. Essa dinâmica epistemológica não é imparcial, pois ajuda a manter desigualdades no reconhecimento e na valorização dos saberes gerados em contextos periféricos. Ao ignorar conhecimentos ancestrais, práticas de cuidado coletivo e narrativas de saúde específicas de certos territórios, a epidemiologia fortalece um modelo de exclusão simbólica que resulta em uma invisibilidade prática, já que as necessidades e vivências dessas comunidades não são integradas aos processos de pesquisa, monitoramento e elaboração de políticas públicas.

Como resultado, grupos inteiros continuam a ser sub-representados em pesquisas científicas e não devidamente registrados nos sistemas de informação em saúde, sendo simplificados a categorias genéricas que pouco mostram sobre suas realidades de vida. Essa sub-representação afeta a qualidade e a relevância das evidências geradas, tornando mais difícil a identificação de determinantes sociais específicos, a análise das dinâmicas

locais de adoecimento e a sugestão de intervenções pertinentes. Ademais, a invisibilidade epistemológica se manifesta em políticas públicas inadequadas, que replicam modelos de atenção e vigilância criados para contextos diferentes, favorecendo a manutenção de desigualdades e a continuidade de processos de exclusão sanitária (Santos, 2022).

Assim, questionar a produção do conhecimento em saúde envolve entender que a descolonização epistemológica é um requisito essencial para uma epidemiologia dedicada à justiça social. Isso implica a expansão dos referenciais teóricos e metodológicos, integrando epistemologias do Sul, conhecimentos tradicionais e abordagens interculturais, além do reforço de práticas de pesquisa participativa e coautoria com comunidades. Ao reconhecer a diversidade de saberes e fomentar a democratização do conhecimento, é viável gerar evidências mais atentas às realidades regionais, que podem fundamentar políticas públicas mais justas e auxiliar na mudança social.

A crescente integração de tecnologias digitais, sistemas de monitoramento em tempo real e a ampla utilização de dados em saúde intensificam a discussão ética sobre a geração e a aplicação do conhecimento epidemiológico. Embora a supervisão digital ofereça possibilidades importantes para o acompanhamento de problemas, a identificação antecipada de epidemias e a pronta reação a crises de saúde pública, ela igualmente destaca perigos e questões éticas que demandam uma análise cuidadosa. A coleta incessante de dados pessoais, frequentemente feita em tempo real, levanta questões sobre privacidade e consentimento, especialmente quando informações sensíveis são

adquiridas sem clareza ou sem promessas de segurança para os indivíduos e suas comunidades. Em situações caracterizadas por desigualdades, esses riscos tornam-se mais intensos, pois grupos vulneráveis podem estar mais suscetíveis a práticas de monitoramento invasivas e a aplicações discriminatórias das informações.

Além disso, a centralização e o tratamento em larga escala de dados em plataformas digitais levantam preocupações sobre a segurança das informações e a gestão dos dados em saúde. A fragilidade dos sistemas de proteção, a falta de regulamentações adequadas e a chance de vazamentos ou usos inadequados podem afetar a confiança da população nas instituições de saúde, diminuindo a adesão às atividades de vigilância e comprometendo a qualidade das informações obtidas. Além disso, a supervisão digital pode ser utilizada como ferramenta política, sendo empregada para controle social, estigmatização de áreas e criminalização de comunidades marginalizadas, especialmente quando os dados são utilizados fora de um contexto ético e de direitos humanos.

Contudo, a implementação de tecnologias digitais na saúde demanda não apenas habilidades técnicas, mas também um compromisso claro com valores éticos e com a inclusão social na gestão dos dados. Uma supervisão digital fundamentada na justiça social deve garantir a transparência, o consentimento esclarecido, a redução de dados, a anonimização correta e formas de controle social sobre a utilização das informações. É essencial que comunidades e movimentos sociais estejam envolvidos na determinação de quais dados serão coletados, de que maneira serão utilizados e quem poderá acessá-los, assegurando que a

tecnologia contribua para a proteção da vida, em vez de reforçar desigualdades e formas de violência institucional (Organização Mundial da Saúde, 2023).

Nesse cenário, é essencial reexaminar a epidemiologia sob uma ótica ética e descolonizada, apta a confrontar a colonialidade do conhecimento e as disparidades epistêmicas que permeiam a produção científica em saúde. As Epistemologias do Sul proporcionam uma base teórica forte para essa reconfiguração, ao sustentar que não existe justiça social sem justiça cognitiva, ou seja, sem o reconhecimento e a valorização dos conhecimentos gerados por grupos historicamente marginalizados e por ações de resistência social. Esse referencial crítico desafia a alegação de universalidade dos paradigmas eurocêntricos, que, ao se mostrarem neutros e científicos, muitas vezes desvalorizam conhecimentos locais, saberes tradicionais e modos de cuidado comunitário, simplificando experiências concretas de vida a categorias abstratas e estatísticas. Dessa forma, a descolonização epistemológica envolve quebrar a hierarquia de conhecimentos e a noção de que somente certos métodos e fontes de evidência poderiam gerar “verdade” científica.

Sob essa óptica, uma epidemiologia comprometida deve entender que o saber não é neutro ou livre de valores, sendo gerado em contextos históricos e políticos particulares, permeado por relações de poder. Assim, a epidemiologia guiada pelas Epistemologias do Sul estabelece um compromisso claro com a dignidade humana, com o direito à saúde e com a vida em sua realidade concreta, valorizando as histórias, as vivências e os conhecimentos gerados nos territórios e nas batalhas sociais. Isso

significa, do ponto de vista metodológico, a utilização de abordagens variadas e interdisciplinares, que consigam unir dados qualitativos e quantitativos, e que valorizem o papel de conhecimentos não hegemônicos na análise dos processos de saúde e doença. Ao incluir visões de comunidades, movimentos sociais e grupos historicamente marginalizados na produção científica, a epidemiologia descolonizada passa a ser mais atenta às desigualdades estruturais e mais capaz de direcionar políticas públicas que atendam às verdadeiras necessidades das pessoas.

Ademais, essa mudança epistemológica demanda a democratização dos processos de pesquisa, abrangendo desde a definição das pautas até a análise e a divulgação das conclusões. A participação da comunidade na geração de conhecimento, através de métodos colaborativos e coautoria, ajuda a formar evidências que não apenas retratam a realidade, mas também aprimoram habilidades locais e impulsionam a emancipação social. Em síntese, reconsiderar a epidemiologia à luz das Epistemologias do Sul é reafirmar que a ciência em saúde deve atuar como um instrumento de justiça social, guiada pela ética, solidariedade e pela valorização da diversidade de conhecimentos, e não como um meio de perpetuação de desigualdades e dominação cognitiva (Santos; Meneses, 2023).

Uma epidemiologia comprometida, portanto, não se restringe à geração de indicadores ou à avaliação de tendências estatísticas, pois sua vertente ética e política a coloca diretamente em prol da mudança social. Isso envolve admitir que os processos de saúde e doença não são fenômenos neutros, mas sim consequências de estruturas sociais,

econômicas e políticas que geram desigualdades e injustiças na saúde. Dessa forma, os dados epidemiológicos não devem ser vistos como objetivos em si, mas sim como ferramentas para direcionar políticas públicas que estimulem a equidade, diminuam as iniquidades e defendam os grupos vulneráveis, sobretudo aqueles historicamente marginalizados pelos sistemas de informação e pelas pautas governamentais.

Nesse sentido, uma epidemiologia comprometida requer mudar a atenção dos números para as narrativas, os corpos e os territórios que conferem significado aos dados. Isso implica incorporar à análise epidemiológica as vivências, as histórias coletivas e as condições materiais de vida que esclarecem por que certos grupos têm maior probabilidade de adoecer e falecer. Ao realizar essa articulação, a epidemiologia se torna mais atenta às desigualdades estruturais e mais preparada para apoiar intervenções que não apenas lidem com as consequências, mas que enfrentem as causas do adoecimento coletivo. Em última análise, uma epidemiologia guiada pela justiça social reafirma que mensurar é igualmente optar, e que a seleção dos temas, das metodologias e das interpretações deve ser dirigida pelo compromisso com a dignidade humana, pelo direito à saúde e pela vida em sua esfera coletiva.

Assim, ao conectar sistemas de saúde, saber e ética, este capítulo reitera a importância de uma epidemiologia que ultrapasse os indicadores e as métricas de desempenho. É uma epidemiologia que se preocupa com a realidade vivida das comunidades, apta a se comunicar com diversos conhecimentos, a desafiar modelos que excluem a produção científica e a ajudar na criação de sistemas de saúde mais equitativos, democráticos e

solidários. Essa visão, ao mudar o foco do simples cálculo para a interpretação das histórias, dos corpos e dos territórios, revela que a geração de conhecimento em saúde é igualmente uma estratégia de intervenção política, já que orienta escolhas e distribui recursos.

A epidemiologia engajada não se restringe a descrever padrões de enfermidade, mas procura entender as causas fundamentais que os geram e atua como uma ferramenta de mudança social. Ao incorporar a dimensão ética, a justiça cognitiva e a descolonização do conhecimento, essa perspectiva expande a função da epidemiologia além do aspecto técnico, reconhecendo-a como uma prática social que deve auxiliar na realização do direito à saúde e na diminuição das desigualdades. Por último, esse trajeto teórico sinaliza direções para uma prática epidemiológica pautada na justiça social e na defesa inabalável da vida, reafirmando que o comprometimento com a saúde coletiva demanda, antes de tudo, a edificação de sociedades mais justas e solidárias.

CONCLUSÃO

CONCLUSÃO

No presente livro, procurou-se desenvolver uma visão mais abrangente da epidemiologia e da vigilância em saúde, transferindo-as de uma abordagem puramente técnica para uma ótica ética, política e social. Reconheceu-se que a saúde não se limita à falta de doença, pois é um fenômeno determinado historicamente e intensamente influenciado pelas condições materiais de vida, pelas relações de poder e pelas desigualdades estruturais que afetam territórios e grupos sociais. Nesse contexto, a Saúde Coletiva surge como um campo teórico-político essencial para a análise crítica dos processos de saúde e doença, ao unir conhecimentos das ciências sociais, da epidemiologia crítica e da política pública, reconhecendo que a saúde é um direito social e uma componente central da justiça social.

A análise das desigualdades em saúde mostrou que as iniquidades não são variações naturais, mas sim manifestações de injustiças evitáveis, geradas e sustentadas por estruturas econômicas excludentes, discriminações históricas e pela repartição desigual de recursos. Sob essa ótica, a epidemiologia crítica se revelou fundamental para questionar a naturalização das desigualdades e para enriquecer a análise, incluindo aspectos qualitativos, históricos e territoriais. A epidemiologia, quando guiada pela justiça social, transforma-se de mero recurso descritivo em um compromisso com a mudança social, ajudando a reconhecer determinantes estruturais da enfermidade e a direcionar políticas públicas focadas na equidade.

A vigilância em saúde foi abordada como uma prática que transcende o monitoramento de doenças, englobando a geração de informações, a decisão e a intervenção. Quando analisada sob uma ótica crítica, a vigilância expõe fragilidades, desigualdades e injustiças na saúde, especialmente em áreas periféricas, onde a debilidade institucional e a exclusão social afetam a qualidade das informações e a eficácia das intervenções. A integração de tecnologias digitais e de sistemas de monitoramento em tempo real, enquanto promove respostas ágeis, também acentua a necessidade de uma gestão ética das informações, com clareza, autorização e engajamento da sociedade, prevenindo a utilização dos dados para objetivos de controle social e discriminação.

Além disso, a análise das transições epidemiológicas atuais destacou a inaplicabilidade de modelos lineares e universalizantes, pois em contextos caracterizados por desigualdades, coexistem ao mesmo tempo doenças transmissíveis, novos agravos e doenças crônicas não transmissíveis. Esse ambiente híbrido demanda estratégias integradas, intersetoriais e territoriais, aptas a lidar com a dupla ou tripla carga de doenças e a atender às necessidades reais das comunidades, especialmente em áreas periféricas e vulneráveis. O envelhecimento da população, por sua vez, enfatiza a necessidade de entender doenças crônicas e degenerativas como um resultado acumulado de condições adversas ao longo da vida, e não apenas como uma consequência natural da idade.

Este livro enfatizou a relevância de reexaminar a geração de conhecimento em saúde como uma prática social e política, sublinhando a urgência de uma epidemiologia descolonizada e voltada para a justiça

cognitiva. A predominância de saberes eurocêntricos e a classificação do conhecimento favorecem a invisibilidade de comunidades e a ineficácia das políticas públicas. As Epistemologias do Sul proporcionam uma abordagem para reconhecer os conhecimentos locais, comunitários e tradicionais, favorecendo a democratização da pesquisa e a coautoria junto às comunidades. Assim, a descolonização epistemológica não se limita a um tema acadêmico, mas é uma condição essencial para desenvolver uma epidemiologia que valorize a diversidade de vivências e que se dedique à realidade das comunidades.

POSFÁCIO

POSFÁCIO

Ao finalizar esta obra, é possível perceber que a epidemiologia e a vigilância em saúde não são áreas neutras ou tecnicamente “imunes” às pressões políticas, econômicas e culturais que permeiam a vida social. Em vez disso, formam ambientes de contestação epistemológica e ética, onde se estabelecem prioridades, se criam narrativas acerca da saúde das comunidades e se validam escolhas que impactam diretamente a vida de inúmeras pessoas. Neste contexto, a trajetória apresentada neste livro não visa apenas esclarecer conceitos ou detalhar métodos, mas, principalmente, proporcionar uma análise crítica que desfaça a naturalização das desigualdades e destaque a importância da justiça social para a compreensão e a atuação em saúde coletiva.

A obra enfatiza que a saúde não deve ser vista apenas como um fenômeno biológico, nem limitada à simples ausência de doenças, pois é uma construção social, influenciada por determinantes que permeiam o cotidiano: habitação, emprego, renda, educação, etnia, gênero, espaço, entre outros. A epidemiologia crítica, ao destacar a historicidade e a territorialidade dos processos de enfermagem, possibilita entender que as desigualdades em saúde não são determinismos, mas consequências de decisões sociais e políticas. Dessa forma, a geração de dados e indicadores, por mais avançada que seja, não elimina a exigência de uma análise que coloque os números em contextos reais, nas narrativas de vida e nas condições que influenciam as oportunidades de saúde.

A vigilância em saúde é considerada uma prática fundamental para

a proteção coletiva, mas pode se transformar em um meio de exclusão se não for guiada por princípios éticos e por uma gestão democrática das informações. A integração de tecnologias digitais e sistemas de monitoramento em tempo real aumenta as oportunidades de resposta, mas também agrava os riscos de quebra de direitos, controle social e discriminação. Assim, é fundamental que a fiscalização esteja baseada em princípios de transparência, consentimento, salvaguarda da privacidade e envolvimento social, para que os dados apoiem a vida e não alimentem a perpetuação da violência institucional.

Simultaneamente, esta obra enfatiza a necessidade de reconsiderar a geração de conhecimento em saúde a partir de uma abordagem descolonizada. A dominação dos conhecimentos eurocêntricos, ao se mostrar como universal e isenta, tende a ocultar experiências e saberes do Sul Global, fortalecendo uma epistemologia que não se comunica com a diversidade cultural e histórica das comunidades. As Epistemologias do Sul, ao sustentarem que justiça cognitiva é essencial para a justiça social, propõem uma ruptura com a hierarquização do conhecimento, promovendo a valorização das práticas comunitárias, dos saberes tradicionais e das experiências de resistência. Assim, uma epidemiologia engajada deve compreender que o saber é gerado em contextos de autoridade e que sua democratização é essencial para a elaboração de políticas mais justas e eficientes.

Finalmente, ao integrar epidemiologia, vigilância, sistemas de saúde e ética, o texto enfatiza a importância de uma atividade científica engajada com a realidade das comunidades. A ciência em saúde deve ser

vista como uma ferramenta de mudança social, apta a confrontar modelos excludentes e a auxiliar na formação de sistemas de saúde universais, públicos, democráticos e solidários. Nesse contexto, a epidemiologia não se limita à quantificação de problemas, mas se transforma em instrumento de denúncia, mobilização e ação, guiada pela defesa inabalável da dignidade humana.

Que esta obra funcione como um chamado à análise crítica e à participação política, de modo que a geração de saber na área da saúde seja sempre guiada pela equidade social e pela proteção da vida, principalmente daqueles que, ao longo da história, foram marginalizados e tornados invisíveis. Sob essa ótica, a luta pela saúde coletiva é igualmente uma batalha por uma sociedade mais justa, diversa e cooperativa.



VOCABULÁRIO

VOCABULÁRIO

Epidemiologia- Área da saúde coletiva focada na análise da distribuição, frequência e fatores que influenciam eventos relacionados à saúde nas populações, visando direcionar ações e políticas públicas.

Epidemiologia crítica- Abordagem que desafia a imparcialidade científica, inclui a influência social na saúde e assume um compromisso claro com a mudança social e a libertação dos indivíduos.

Igualdade em saúde- Princípio que guiará a diminuição das desigualdades injustas e evitáveis na saúde, reconhecendo que vários grupos necessitam de respostas distintas.

Ética na investigação- Conjunto de diretrizes e normas que orientam a pesquisa científica, englobando desde a proteção dos envolvidos até as repercussões sociais do saber gerado.

Inequidades em saúde- Desigualdades estruturais, geradas socialmente e eticamente injustas nas condições de saúde e no acesso aos serviços.

Imparcialidade científica- Conceito que sugere que a ciência seria neutra em relação a valores, interesses e conflitos sociais; fortemente contestado nas ciências sociais e na saúde coletiva.

Produção coletiva da saúde- Conceito que entende a saúde como consequência das maneiras de organização social, do trabalho, do espaço e das interações sociais.

Saber popular- Saberes gerados no dia a dia das comunidades, fundamentados na vivência, na cultura e na ação social, muitas vezes marginalizados em relação ao conhecimento científico dominante.

Saúde pública- Área interdisciplinar que integra epidemiologia, ciências sociais e planejamento em saúde, guiada pela avaliação crítica dos sistemas de saúde e das desigualdades sociais.

Saúde Coletiva - Área de saber e atuação que investiga e interfere na saúde das comunidades, superando o atendimento individual. Ela observa os determinantes sociais da saúde, como ambiente, renda, trabalho, educação, cultura e políticas públicas, e procura prevenir doenças, promover a saúde e estruturar sistemas de saúde.

Sistema de Saúde Único (SUS) - Sistema de saúde pública do Brasil, baseado nos princípios de universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação popular.

Área de saúde- Ambiente construído socialmente que reflete condições de vida, interações sociais, vulnerabilidades e potencialidades, essencial para a elaboração das estratégias em saúde.

Monitoramento da saúde- Conjunto de atividades direcionadas ao controle, análise e atuação sobre riscos, prejuízos e fatores de saúde, unindo vigilância epidemiológica, sanitária, ambiental e do trabalhador.

Distinção primordial

Saúde Pública: voltada mais para instituições e o governo, relacionada às ações estatais.

Saúde Coletiva: área mais abrangente e analítica, que abrange a Saúde Pública, mas ultrapassa seus limites.

	SAÚDE PÚBLICA	SAÚDE COLETIVA
ORIGEM	Tradicional, ligada ao Estado e à medicina preventiva	Surge como crítica à Saúde Pública clássica (América Latina)
FOCO	Controle de doenças e proteção da saúde da população	Determinantes sociais, desigualdades e direitos em saúde
ABORDAGEM	Mais biomédica e normativa	Interdisciplinar (epidemiologia, ciências sociais e políticas)
ATUAÇÃO	Programas, campanhas, vigilância, normas sanitárias	Produção de conhecimento, políticas, participação social
VISÃO DE SAÚDE	Ausência de doença	Saúde como fenômeno social, histórico e político
QUEM ATUA	Governo, gestores, técnicos de saúde	Estado, academia, movimentos sociais, comunidade



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida-Filho N, Barreto ML. *Epidemiologia & saúde: fundamentos, métodos e aplicações*. 2nd ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2022.

Amarante P, Torre EHG. *Saúde mental coletiva: teoria, política e cuidado*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2022.

Brasil. Ministério da Saúde. *Guia de vigilância em saúde*. 6th ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2023.

Breilh J. *Epidemiologia crítica: ciência emancipadora e interculturalidade*. 2nd ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2022.

Breilh J, Granda E. Epidemiologia crítica e determinação social da saúde: desafios contemporâneos. **Saude Debate**. 2024;48(140):45-59.

Buss PM, Pellegrini Filho A. Determinantes sociais da saúde: avanços conceituais e desafios contemporâneos. **Cad Saude Publica**. 2022;38(10):1-12.

Kleinman A, et al. Social suffering and mental health in contexts of inequality. **Lancet Psychiatry**. 2023;10(6):455-64.

Mendes EV. *O financiamento dos sistemas de saúde e os desafios da equidade*. Brasília: CONASS; 2024.

Mendes EV, Carvalho YMD. Vigilância em saúde, território e atenção primária: desafios contemporâneos. **Saude Debate**. 2024;48(141):112-26.

Omran AR. The epidemiologic transition: a theory revisited. **Epidemiol Rev**. 2022;44(1):1-18.

Paim JS, et al. Sistema de saúde brasileiro: desafios atuais e perspectivas futuras. **Saude Debate**. 2022;46(Spec 1):12-26.

Paim JS. *O que é o SUS*. 2nd ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2023.

Paim JS. *Saúde coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2023.

Santos BS. *O fim do império cognitivo: a afirmação das epistemologias do Sul*. 2nd ed. Belo Horizonte: Autêntica; 2022.

Santos BS, Meneses MP. *Epistemologias do Sul: saberes nascidos nas lutas*. Coimbra: Almedina; 2023.

Silva JR, Barreto ML. Medidas epidemiológicas e equidade em saúde: limites e possibilidades. **Cad Saude Publica**. 2023;39(8):1-12.

Souza LEPP, et al. Dupla carga de doenças e desigualdades sociais na América Latina. **Cad Saude Publica**. 2024;40(2):1-14.

Teixeira CF, Costa MGD. Vigilância em saúde no SUS: fundamentos, práticas e desafios. **Cad Saude Publica**. 2022;38(11):1-14.

World Health Organization. *Closing the gap: addressing social inequalities in health*. Geneva: WHO; 2023.

World Health Organization. *Ethics and governance of artificial intelligence for health*. Geneva: WHO; 2023.

World Health Organization. *Global health estimates 2023: disease burden by cause, age, sex, by country and by region*. Geneva: WHO; 2023.

World Health Organization. *Health equity and data: leaving no one behind*. Geneva: WHO; 2023.

World Health Organization. *Mental health at work: policy brief*. Geneva: WHO; 2023.

World Health Organization. *Public health surveillance: transforming data into action*. Geneva: WHO; 2023.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Acesso aberto, 5

Agradecimentos, 12

Atenção Primária à Saúde

(APS), 15

Autor (Wilson Venancio

Lukamba), 1, 2, 3

B

Biomédico (modelo), 21, 22

C

Capa, 1

Capítulo 1, 19, 21

Capítulo 2, 19

Capítulo 3, 19

Capítulo 4, 19

Capítulo 5, 19

Capítulo 6, 19

Conclusão, 19

Copyright, 5, 7

Creative Commons, 5

D

Declaração da Editora, 9

Declaração dos Autores, 8

Dedicatória, 10

Desigualdade social, 13, 21,

23

Determinantes Sociais da

Saúde (DSS), 15, 21

Direito à saúde, 14, 17, 20

E

Editora Arché, 3, 4, 6, 9

Epidemiologia crítica, 13,
17

Epistemologias do Sul, 13

Equipe de Editores, 7

Equidade, 17

F

Ficha técnica, 7

Folha de rosto, 2

I

Índice remissivo, 19, 100

Introdução, 16

J

Justiça social, 13, 17

L

Lista de abreviaturas, 15

P

Paulo Freire (inspiração),
11

Posfácio, 19

Prefácio, 13

R

Referências bibliográficas,
19, 97

Revista REASE, 6, 7

S

Saúde Coletiva, 1, 13, 16,

17

V

Saúde Pública, 13, 16, 17

Vigilância em saúde, 13,

Sistema Único de Saúde

14, 17

(SUS), 15

Vocabulário, 19, 94

Sumário, 19

T

Territórios desiguais, 1, 2,

3, 4, 21

A NOSSA SAÚDE: UM RETRATO DA SAÚDE COLETIVA EM TERRITÓRIOS DESIGUAIS

1ª Edição

Revista REASE chancelada pela Editora Arché.
São Paulo- SP.
Telefone: +55(11) 5107- 0941
<https://periodicorease.pro.br>
contato@periodicorease.pro.br

A NOSSA SAÚDE: UM RETRATO DA SAÚDE COLETIVA EM TERRITÓRIOS DESIGUAIS

