Wilson Venâncio Lukamba

NECROPOLÍTICA E SAÚDE COLETIVA

1ª Edição

São Paulo | 2026

EDITORA ARCHÉ

Wilson Venâncio Lukamba

NECROPOLÍTICA E SAÚDE COLETIVA

1ª Edição

São Paulo | 2026

EDITORA ARCHÉ

1.ª EDIÇÃO

Wilson Venâncio Lukamba

NECROPOLÍTICA E SAÚDE COLETIVA

ISBN 978-65-6054-400-0



NECROPOLÍTICA E SAÚDE COLETIVA

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)

L954n

Lukamba, Wilson Venâncio.
Necropolítica e saúde coletiva [livro eletrônico] / Wilson Venâncio Lukamba. – 1. ed. – São Paulo, SP: Arché, 2026.
228 p.

Formato: PDF.
Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader.
Modo de acesso: World Wide Web.
Inclui bibliografia.
ISBN 978-65-6054-400-0

1. Saúde coletiva. 2. Necropolítica. 3. Desigualdades em saúde. I. Título.

CDD 362.1

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

Revista REASE chancelada 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://periodicorease.pro.br/rease

contato@periodicorease.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, José Rafael Santos da Silva e Luan Henrique de Lima Souza.

Projeto gráfico: Ana Cláudia Néri Bastos

Ilustrações: Luan Henrique de Lima Souza, José Rafael Santos da Silva, Talita Tainá Pereira Batista e Ana Cláudia Néri Bastos

Revisão: Ana Cláudia Néri Bastos, José Rafael Santos da Silva, Luan Henrique de Lima Souza e Talita Tainá Pereira Batista.

Tratamento de imagens: Ana Cláudia Néri Bastos

EQUIPE DE EDITORES

EQUIPE DE EDITORES

EQUIPE DE EDITORES

EDITORA- CHEFE
Dra. Patrícia Ribeiro, Universidade de Coimbra- Portugal

CONSELHO EDITORIAL
Doutoranda Silvana Maria Aparecida Viana Santos- Facultad Interamericana de Ciências Sociais - FICS
Doutornada Alberto da Silva Franqueira-Facultad Interamericana de Ciencias Sociales (FICS)
Me. Ubiranilze Cunha Santos- Corporación Universitaria de Humanidades Y Ciências Sociales de Chile
Doutorando Allysson Barbosa Fernandes- Universidad del Sol (UNADES)
Doutor. Avaetê de Lunetta e Rodrigues Guerra- Universidad del Sol do Paraguai- PY
Me. Victorino Correia Kinhama- 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 Faijardo- Fundação Getúlio Vargas
PhD. Jussara C. dos Santos, Universidade do Minho
Dra. María V. Albardonedo, 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

A todos que confiam na habilidade humana de criar uma sociedade mais justa, livre e solidária através do diálogo, da parceria e do engajamento com o bem coletivo.

AGRADECIMENTOS

A todos que acreditam que o desenvolvimento humano deve ser o objetivo principal das instituições sociais e políticas, promovendo uma sociedade mais livre, inclusiva, saudável e dedicada à dignidade da pessoa humana.

EPÍGRAFE

“A opressão e o adoecimento da população migraram de um conflito exclusivamente econômico (luta de classes) para uma distribuição desigual da morte fundamentada em marcadores de identidade.”

Inspirado em Achile Mbembe

AUTOR

Wilson Venâncio Lukamba

Doutorando em Enfermagem pela Universidade de São Paulo-USP-Brasil
Cidade: São Paulo, Estado do São Paulo-Brasil
ORCID- 0000-0002-2266-8752

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 17

CAPÍTULO I 27
A Teoria da Necropolítica de Achille Mbembe

CAPÍTULO II 33
Biopolítica, Necropolítica e Governamentalidade

CAPÍTULO III 39
Determinação Social do Processo Saúde-Doença

CAPÍTULO IV 45
Desigualdades Sociais e Produção da Vulnerabilidade

CAPÍTULO V 51
Saúde como Direito Humano Fundamental

CAPÍTULO VI 57
Evolução das políticas públicas de saúde

CAPÍTULO VII 63
Iniquidades no Acesso aos Serviços de Saúde

CAPÍTULO VIII 71
Necropolítica na Gestão dos Recursos Públicos

CAPÍTULO IX 79
Racismo Estrutural e Racismo Institucional

CAPÍTULO X 85
Saúde da População Negra

CAPÍTULO XI 91
Povos Indígenas, Quilombolas e Populações Tradicionais

CAPÍTULO XII 99
Gênero, Sexualidade e Desigualdades em Saúde

CAPÍTULO XIII 107
Territórios Vulnerabilizados e Injustiça Sanitária

CAPÍTULO XIV 115
A Pandemia de COVID-19 como Expressão da Necropolítica

CAPÍTULO XV 123
Tomada de Decisões em Contextos de Escassez

CAPÍTULO XVI 131
Vigilância em Saúde e Proteção Social

CAPÍTULO XVII 139
Desinformação, Ciência e Políticas Públicas

CAPÍTULO XVIII 145
Emergências Climáticas e seus Impactos na Saúde Coletiva

CAPÍTULO XIX 153
Bioética da Proteção e Bioética de Intervenção

CAPÍTULO XX 161
Ética do Cuidado e Responsabilidade do Estado

CAPÍTULO XXI 169
Participação Social e Controle Democrático das Políticas de Saúde

CAPÍTULO XXII 177
Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde

CAPÍTULO XXIII 185
Educação em Saúde e Emancipação Social

CAPÍTULO XXIV 193
Perspectivas para Políticas Públicas Orientadas pela Equidade, pela Dignidade Humana e pela Defesa da Vida

CONSIDERAÇÕES FINAIS 203

REFERÊNCIAS 217

ÍNDICE REMISSIVO 221

INTRODUÇÃO

A saúde, como fenômeno individual e coletivo, vai além da mera ausência de doenças e deve ser vista como resultado das condições sociais, econômicas, políticas, ambientais e culturais em que as pessoas se encontram.

No cenário atual, caracterizado por desigualdades, crises no setor da saúde, emergências climáticas, mudanças tecnológicas e debates sobre a função do Estado na proteção social, entender os princípios da saúde coletiva é fundamental para analisar os desafios que afetam a qualidade de vida e a proteção dos direitos humanos.

Desse modo, a análise de questões como biopolítica, necropolítica, governamentalidade,

determinação social do processo saúde-doença, desigualdades sociais, direitos humanos, sistemas de saúde, bioética, participação social e políticas públicas tornam-se essenciais, pois possibilita entender de que maneira as escolhas políticas e econômicas afetam diretamente a geração de saúde e a ocorrência de doenças.

Todavia, esses conceitos permitem uma análise crítica sobre como diversas sociedades organizam a proteção da vida, a distribuição de recursos e a definição de prioridades, demonstrando que as condições de saúde são influenciadas não apenas por decisões individuais,

mas também pelas estruturas sociais e pelas relações de poder que existem.

Nesse contexto, torna-se fundamental e necessário a partir das diversas perspectivas entender e combater as desigualdades em saúde, que fazem com que certos grupos sociais estejam mais vulneráveis ao adoecimento, à morte prematura e à exclusão do acesso aos serviços de proteção e cuidado.

A minha análise nesse ensaio, contrasta a compreensão de que as trajetórias e vivências de grupos historicamente marginalizados, como indivíduos em situação de pobreza, comunidades negras, indígenas, quilombolas, tradicionais,

migrantes e grupos afetados por desigualdades de gênero e território, estão intimamente ligadas aos debates sobre justiça social, direitos humanos, equidade e reconhecimento da diversidade.

Ademais, o cenário global contemporâneo destaca a relevância de uma análise crítica sobre os sistemas de saúde e suas habilidades de reagir em situações de crise.

Sabemos nós que, tanto a pandemia de COVID-19, as crises climáticas, os conflitos humanos e a propagação da desinformação evidenciaram que a salvaguarda da vida requer políticas públicas bem estruturadas, financiamento

apropriado, valorização da ciência, envolvimento da sociedade e colaboração internacional.

Esses acontecimentos mostraram que escolhas feitas por governos e organizações podem diminuir ou aumentar vulnerabilidades, tornando essencial a discussão ética sobre responsabilidade, equidade e justiça.

De maneira semelhante, a promoção da saúde, a educação libertadora e a participação democrática destacam que a população precisa ser vista como agente ativo na elaboração das políticas que influenciam suas condições de vida.

A relevância de discutir esses assuntos reside, assim, na capacidade de criar uma perspectiva

crítica sobre os obstáculos à saúde no século XXI e auxiliar na capacitação de profissionais, gestores e cidadãos que consigam entender a complexidade das questões sanitárias e participar na elaboração de soluções mais equitativas.

De certa forma, analisar a saúde sob uma ótica social, ética e política possibilita ultrapassar abordagens focadas apenas na enfermidade e reforçar iniciativas fundamentadas na prevenção, na equidade, na inclusão e na proteção dos direitos fundamentais.

Contudo, a conexão entre necropolítica e saúde pública é fundamental para entender que a saúde reflete as circunstâncias de vida e as decisões

coletivas de uma comunidade. Os modos como os recursos, os cuidados e as políticas públicas são alocados demonstram relações de poder que podem salvaguardar certas populações e, simultaneamente, expor outras a maiores perigos de doenças e óbitos.

Nessa perspectiva, a visão da Necropolítica sob o olhar de Achille MBEMBE ajuda a entender como desigualdades históricas, processos de exclusão e escolhas políticas afetam as formas de viver e morrer, enquanto a saúde coletiva se dedica a examinar essas circunstâncias e fomentar estratégias de enfrentamento.

Portanto, a defesa de sistemas de saúde mais justos, democráticos e humanos requer a habilidade de identificar essas desigualdades, questionar as estruturas que geram vulnerabilidades e elaborar políticas públicas focadas na proteção da vida e na dignidade de todos.

> "Entender a saúde como um direito coletivo envolve enfrentar modos de negligência e exclusão, promovendo práticas de cuidado pautadas na equidade, na justiça social e na valorização de todas as vidas. "

CAPÍTULO

I

A TEORIA DA NECROPOLÍTICA DE ACHILLE MBEMBE

A teoria da necropolítica, elaborada por Achille Mbembe, sugere uma análise intensa sobre as maneiras atuais de exercer o poder. De acordo com o autor, o Estado e outras instituições de poder não apenas regulam a vida dos indivíduos, mas também definem quem terá acesso à proteção, aos direitos e a condições dignas de vida e quem será colocado em situações de violência, abandono ou morte.

Esse conceito expande a ideia de biopoder proposta por Michel Foucault ao mostrar que, em diversos contextos, o controle político se revela, principalmente, pela geração da morte ou pela vulnerabilização da vida.

Assim, sob uma análise minuciosa, a Necropolítica revela que as desigualdades sociais não decorrem apenas de problemas econômicos ou de gestão, mas podem ser fruto de escolhas políticas que impactam certos grupos de maneira desproporcional.

> "A Necropolítica faz-nos perceber que grupos historicamente marginalizados e excluídos socialmente, possuem maior vulnerabilidade à carência de acesso a direitos básicos, como saúde, educação e segurança. "

A reflexão sugerida por Mbembe também provoca indagações sobre o papel das instituições públicas e das políticas governamentais.

> "Quando certas populações ficam invisíveis ou desamparadas, forma-se um contexto em que suas vidas são vistas como menos significativas do que as de outros grupos sociais. "

Assim, a necropolítica abrange não apenas a morte física, mas também a vivência em condições de vida caracterizadas pela pobreza extrema, discriminação, insegurança e falta de oportunidades.

Nesse sentido, é essencial examinar a teoria de maneira imparcial. Vários estudiosos reconhecem a importância do conceito para entender desigualdades e tipos de violência estrutural, enquanto alguns argumentam que ele pode ser usado de maneira demasiado ampla, atribuindo todas as desigualdades sociais a uma estratégia intencional de poder.

O uso da teoria da Necropolítica requer uma análise minuciosa das evidências e do contexto histórico, político e social de cada caso. Sendo que a principal contribuição da teoria reside em promover uma análise crítica sobre a responsabilidade do Estado e da sociedade na proteção dos direitos humanos.

> "A teoria de Achille Mbembe é fundamental para compreender os desafios atuais ligados às desigualdades, à violência e à concretização dos direitos fundamentais em variadas sociedades. Ademais, provoca uma reflexão sobre quais vidas são resguardadas e quais estão vulneráveis à exclusão e à violência, promovendo a discussão sobre justiça social, igualdade e cidadania. "

CAPÍTULO

II

BIOPOLÍTICA, NECROPOLÍTICA E GOVERNAMENTALIDADE

Os conceitos de biopolítica, necropolítica e governamentalidade são essenciais para entender como o poder se manifesta nas sociedades contemporâneas. Evidenciando que o poder transcende a imposição de leis e a repressão, moldando a forma como as pessoas vivem, trabalham, se comportam e, em certas situações, como algumas vidas estão expostas à morte ou à vulnerabilidade extrema.

> "A governamentalidade, ideia proposta por Michel Foucault, diz respeito ao conjunto de táticas, ações e instituições empregadas para direcionar o comportamento das populações."

Segundo Foucault, o estado não age apenas através da coerção ou da penalização, mas igualmente por políticas públicas, regras sociais,

estruturas educacionais, iniciativas de saúde e mecanismos administrativos que promovem comportamentos específicos. Dessa forma, o poder é exercido de maneira difusa, afetando as decisões individuais e coletivas e favorecendo modos de autocontrole e disciplina.

Com essa visão, Foucault elabora a ideia de biopolítica, que revela a forma como o Estado começa a gerir a vida dos cidadãos. A biopolítica abrange políticas relacionadas à saúde coletiva, imunização, manejo de epidemias, urbanismo, taxas de natalidade, mortalidade e expectativa de vida.

Seu propósito é fomentar a vida e assegurar a eficiência da população. Entretanto, essa supervisão também pode causar desigualdades, pois não todos os grupos possuem os mesmos níveis de proteção ou acesso aos direitos sociais.

Esse diálogo se expande com Achille Mbembe ao introduzir o conceito de necropolítica para entender que em certos contextos caracterizados por guerras, colonialismo, racismo estrutural, violência estatal e exclusão social, o poder não apenas gere a vida, mas cria condições nas quais alguns grupos permanecem vulneráveis à morte, à violência e ao abandono.

A necropolítica demonstra que certas populações são vistas como menos merecedoras de proteção, tornando-se mais susceptíveis à exclusão e à violação de direitos. A conexão entre esses três conceitos revela que o exercício do poder é intrincado e diversificado.

A governamentalidade descreve como o Estado estrutura e dirige a sociedade; a biopolítica destaca os métodos de controle da vida; e a necropolítica expõe cenários onde certos grupos não são completamente resguardados, enfrentando condições de grande vulnerabilidade.

> "Apesar de esses conceitos serem diferentes, eles se inter-relacionam no estudo das interações entre Estado, Poder e População, ajudando a entender os desafios atuais, como desigualdades sociais, racismo, violência,

migrações, conflitos armados e o acesso limitado a direitos fundamentais. ”

CAPÍTULO

III

DETERMINAÇÃO SOCIAL DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

A abordagem Social do Processo Saúde-Doença entende a saúde como um reflexo das condições sociais, econômicas, políticas, culturais e ambientais nas quais os indivíduos vivem e trabalham.

Ao contrário da abordagem puramente biomédica, que considera a doença em grande parte como resultado de fatores biológicos ou individuais, essa visão reconhece que o processo saúde-doença é moldado pelas estruturas sociais e pelas desigualdades presentes.

Essa visão foi criada no domínio da Saúde Coletiva latino-americana e assume que a saúde não se baseia apenas em decisões pessoais ou em

cuidados médicos, mas também em aspectos como rendimento, educação, habitação, nutrição, saneamento, disponibilidade de serviços de saúde, condições laborais, transporte, segurança e chances de engajamento social.

Dessa forma, as enfermidades e os problemas de saúde mostram, em boa parte, as circunstâncias de vida da população.

> "A construção social demonstra que as disparidades em saúde não surgem aleatoriamente. Tal como já foi colocado antes, grupos sociais que historicamente sofreram vulnerabilidade costumam mostrar maiores taxas de doenças, menor expectativa de vida e mais obstáculos para acessar os serviços de saúde. "

Essas disparidades resultam de processos estruturais ligados à pobreza, à desigualdade de renda, ao racismo, às desigualdades de gênero, às

condições de trabalho adversas e a outras formas de exclusão social.

Desse modo, essa perspectiva desafia a noção de culpar unicamente o indivíduo por sua condição de saúde. Embora comportamentos como dieta balanceada, realização de exercícios e medidas preventivas sejam fundamentais, eles são afetados pelas oportunidades reais disponíveis.

> "Por exemplo, indivíduos que residem em regiões sem acesso a saneamento adequado, com escassez de alimentos saudáveis ou em situações de trabalho desfavoráveis enfrentam mais obstáculos para adotar hábitos considerados saudáveis. "

Todavia, as decisões pessoais são influenciadas por fatores sociais e econômicos. Por outro lado, a configuração social do fenômeno saúde-doença está

profundamente conectada aos princípios básicos de certos subsistemas de Saúde, particularmente a universalidade, a equidade e a integralidade.

Essa visão enfatiza que políticas públicas relacionadas à educação, moradia, segurança alimentar, assistência social, trabalho e meio ambiente estão igualmente ligadas à saúde, pois ajudam a diminuir desigualdades e aprimorar as condições de vida da população. Torna-se tambem fundamental diferenciar esse conceito dos fatores sociais que influenciam a saúde.

Os determinantes sociais apontam elementos que afetam a saúde (como renda, educação e habitação), enquanto a determinação social se

dedica a analisar os processos históricos, econômicos e políticos que geram tais condições e as disparidades em saúde. Dessa forma, a determinação social proporciona uma visão mais abrangente e estrutural da realidade.

CAPÍTULO

IV

DESIGUALDADES SOCIAIS E PRODUÇÃO DA VULNERABILIDADE

As desigualdades sociais constituem um dos principais desafios para a promoção da saúde, da cidadania e dos direitos humanos. Elas resultam da distribuição desigual de recursos, oportunidades e condições de vida entre diferentes grupos da população, produzindo situações de vulnerabilidade que afetam o acesso à educação, ao trabalho, à moradia, à alimentação, à segurança e aos serviços de saúde.

A vulnerabilidade não deve ser compreendida como uma característica individual, mas como uma condição social produzida por fatores históricos, econômicos, políticos e culturais.

A produção da vulnerabilidade está diretamente relacionada às desigualdades estruturais presentes na sociedade. Assim, indivíduos e comunidades não se tornam vulneráveis apenas por suas características pessoais, mas pelas condições sociais em que vivem. Assim, torna-se importante reconhecer que a vulnerabilidade é produzida por processos sociais que limitam o exercício pleno da cidadania.

Pessoas que vivem em territórios com infraestrutura precária, ausência de saneamento básico, violência urbana ou dificuldade de acesso aos serviços públicos enfrentam maiores barreiras para alcançar uma vida saudável.

Essas condições repercutem em maiores índices de adoecimento, insegurança alimentar, sofrimento mental e menor expectativa de vida.

Em saúde coletiva, a vulnerabilidade é frequentemente analisada em três dimensões complementares:

A dimensão individual refere-se aos conhecimentos, comportamentos e condições biológicas da pessoa.

A dimensão social envolve fatores como renda, escolaridade, trabalho, moradia, relações sociais e discriminação.

A dimensão programática diz respeito à capacidade das instituições e das políticas

públicas de garantir acesso a direitos, proteção social e serviços de qualidade.

Essas dimensões interagem continuamente, demonstrando que a saúde depende tanto das condições individuais quanto da organização da sociedade e da efetividade das políticas públicas.

A compreensão da vulnerabilidade também evidencia a importância do princípio da equidade. Tratar todas as pessoas de forma idêntica nem sempre reduz desigualdades.

A equidade propõe oferecer mais recursos e apoio aos grupos que enfrentam maiores barreiras sociais, buscando diminuir injustiças históricas e

ampliar as oportunidades de acesso aos direitos fundamentais.

Nesse sentido, políticas públicas voltadas para educação, geração de emprego e renda, habitação, saneamento básico, segurança alimentar, proteção social e fortalecimento dos Sistemas de Saúde, são fundamentais para reduzir a produção da vulnerabilidade. Além disso, o combate às diversas formas de discriminação contribui para construir uma sociedade mais justa e inclusiva.

CAPÍTULO

V

SAÚDE COMO DIREITO HUMANO FUNDAMENTAL

A saúde é amplamente considerada um direito humano essencial, crucial para a dignidade, a igualdade e o progresso das pessoas. Esse conceito fundamenta-se na crença de que todos os indivíduos, sem levar em conta sua nacionalidade, situação financeira, etnia, sexo, crença religiosa ou qualquer outra particularidade, devem ter acesso aos recursos essenciais para atingir o melhor nível possível de saúde física, mental e social.

Esse princípio foi estabelecido em 1948, com a fundação da Organização Mundial da Saúde (OMS) e a aceitação da Declaração Universal dos Direitos Humanos pela Organização das Nações Unidas (ONU).

Esses marcos definiram que a saúde não é um favor nem um produto, mas um direito fundamental da condição humana, cuja realização depende da ação dos Estados e da colaboração entre nações.

Desse modo, entender a saúde como um direito humano implica aceitar que o acesso aos serviços de saúde, por si só, não assegura esse direito.

A saúde é afetada por fatores sociais, como renda, educação, alimentação, moradia, saneamento básico, emprego digno, segurança, ambiente saudável e acesso à informação.

Assim, assegurar o direito à saúde requer políticas públicas interligadas que possam abordar as desigualdades sociais e estimular melhores condições de vida.

> "Apesar dos progressos globais, permanecem grandes desigualdades entre as nações e em seu interior. Enquanto certas nações contam com sistemas universais e bem financiados, outras lidam com restrições de recursos, guerras, instabilidade política e desafios para garantir serviços de saúde fundamentais. "

Essas discrepâncias mostram que a realização do direito à saúde ainda está atrelada às condições financeiras, à capacidade das instituições e às escolhas políticas de cada Estado. Outro ponto importante é a responsabilidade coletiva entre Estados, Organizações Internacionais e a Sociedade Civil.

Os países precisam criar políticas públicas que assegurem acesso universal e de qualidade aos serviços de saúde, ao mesmo tempo que entidades internacionais incentivam colaboração técnica, definem diretrizes globais e sustentam iniciativas para lidar com emergências sanitárias.

A participação social é fundamental para reforçar o controle democrático e a proteção desse direito. Adicionalmente, a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável reitera que a saúde é um requisito fundamental para o progresso humano.

O Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 3 (ODS 3) visa garantir uma vida saudável e fomentar

o bem-estar para todos os indivíduos em todas as idades, enfatizando a importância de expandir a cobertura universal de saúde, diminuir desigualdades e reforçar os sistemas de saúde globalmente.

CAPÍTULO

VI

EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

A evolução das políticas públicas de saúde no contexto global reflete as mudanças ocorridas na organização das sociedades, nas relações entre Estado e população e na compreensão da saúde como um direito humano fundamental.

Ao longo da história, as políticas de saúde deixaram de focar exclusivamente no combate às doenças e passaram a incorporar ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, redução das desigualdades e fortalecimento dos sistemas de proteção social.

Nos séculos XVIII e XIX, as primeiras políticas públicas de saúde surgiram como resposta às

epidemias, ao crescimento das cidades e aos impactos da Revolução Industrial.

Nesse período, os governos passaram a investir em saneamento básico, vacinação, controle de doenças infecciosas e vigilância sanitária, motivados tanto pela proteção da população quanto pela necessidade de preservar a força de trabalho e o desenvolvimento econômico.

Após a Segunda Guerra Mundial, ocorreu uma importante transformação na agenda internacional de saúde.

A criação da Organização Mundial da Saúde, em 1948, consolidou a ideia de que a saúde é um

direito humano e um requisito para o desenvolvimento social e econômico.

Nesse mesmo ano, a Organização das Nações Unidas aprovou a Declaração Universal dos Direitos Humanos, que reconhece o direito a um padrão de vida adequado, incluindo cuidados com a saúde.

Nas décadas seguintes, o conceito de saúde tornou-se mais abrangente. Em 1978, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde destacou a Atenção Primária à Saúde como estratégia central para alcançar o ideal de "Saúde para Todos".

A conferência defendeu sistemas universais, participação comunitária, ações intersetoriais e

redução das desigualdades entre países e populações, influenciando reformas em diversos sistemas nacionais de saúde.

Em 1986, a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde ampliou essa visão ao afirmar que a promoção da saúde depende de políticas públicas saudáveis, ambientes favoráveis, fortalecimento da participação social e desenvolvimento das capacidades das pessoas e comunidades.

A saúde passou a ser compreendida como resultado das condições sociais, econômicas, ambientais e culturais, e não apenas da assistência médica.

A globalização trouxe avanços importantes, como maior cooperação científica, compartilhamento de tecnologias, campanhas internacionais de vacinação e respostas coordenadas a emergências sanitárias.

No entanto, também aprofundou desafios relacionados às desigualdades entre países, ao acesso desigual a medicamentos e tecnologias, à concentração de recursos em sistemas de saúde mais ricos e aos impactos das crises econômicas sobre o financiamento da saúde pública.

> "Atualmente, as políticas públicas de saúde enfrentam desafios relacionados ao envelhecimento populacional, às doenças crônicas não transmissíveis, às mudanças climáticas, à saúde mental, às migrações, às novas epidemias e às desigualdades sociais persistentes. "

CAPÍTULO

VII

INIQUIDADES NO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

As iniquidades no acesso aos serviços de saúde representam diferenças injustas, evitáveis e socialmente produzidas na possibilidade de indivíduos e grupos obterem cuidados de saúde de qualidade.

Diferentemente das desigualdades, que podem decorrer de características naturais ou biológicas, as iniquidades resultam de fatores estruturais, como pobreza, discriminação, desigualdade de renda, localização geográfica, gênero, raça, deficiência e condições de trabalho.

Por esse motivo, são consideradas questões de justiça social e de direitos humanos. Em certa medida, no contexto global, o acesso aos serviços de

saúde permanece profundamente desigual. Enquanto alguns países oferecem cobertura universal e serviços amplamente acessíveis, outros enfrentam limitações decorrentes de escassez de recursos, conflitos armados, instabilidade política e sistemas de saúde fragilizados.

Mesmo em países com sistemas consolidados, persistem barreiras que afetam de forma desproporcional populações vulnerabilizadas, como pessoas em situação de pobreza, migrantes, refugiados, povos indígenas e comunidades rurais.

As iniquidades não decorrem apenas da ausência de serviços de saúde, mas também da

distribuição desigual das oportunidades de viver com saúde.

Os chamados determinantes sociais da saúde, como educação, moradia, alimentação, saneamento básico, emprego e proteção social, influenciam diretamente a capacidade das pessoas de prevenir doenças, buscar atendimento e seguir tratamentos.

Dessa forma, a saúde reflete as condições de vida e as estruturas sociais que organizam o acesso aos recursos.

Ressalta-se que o acesso à saúde envolve diferentes dimensões. Não basta que os serviços existam; eles precisam estar disponíveis, ser geograficamente acessíveis, financeiramente

viáveis, culturalmente adequados e oferecer atendimento seguro e de qualidade.

Barreiras como longas distâncias, custos elevados, falta de profissionais, discriminação, diferenças linguísticas e baixa qualidade da assistência podem impedir que o direito à saúde seja efetivamente exercido.

As iniquidades também se manifestam entre países. Nações com menor desenvolvimento econômico frequentemente apresentam maior carga de doenças, menor disponibilidade de profissionais de saúde, infraestrutura insuficiente e dificuldades para adquirir medicamentos e tecnologias.

Essas disparidades evidenciam que a saúde é influenciada por fatores econômicos e políticos globais, reforçando a importância da cooperação internacional e do fortalecimento dos sistemas públicos de saúde.

Enfrentar as iniquidades exige políticas públicas orientadas pelo princípio da equidade. Isso significa direcionar mais recursos e estratégias aos grupos que enfrentam maiores barreiras sociais e sanitárias, reduzindo desigualdades históricas.

Além do fortalecimento dos serviços de saúde, torna-se fundamental investir em educação, habitação, saneamento, proteção social e combate à discriminação, reconhecendo que a promoção da

saúde depende de ações integradas entre diferentes setores.

CAPÍTULO

VIII

NECROPOLÍTICA NA GESTÃO DOS RECURSOS PÚBLICOS

Voltando ao conceito de necropolítica de Achille Mbembe, o autor refere-se à capacidade do poder político de definir quais vidas recebem proteção e quais são expostas à violência, ao abandono ou a condições que aumentam o risco de morte.

Nesse sentido, no campo das políticas públicas, esse conceito tem sido utilizado por pesquisadores para analisar como determinadas decisões governamentais sobre a distribuição de recursos podem produzir impactos desiguais entre diferentes grupos sociais.

Na gestão dos recursos públicos, as escolhas orçamentárias refletem prioridades políticas. Como

os recursos financeiros são limitados, governos precisam decidir quanto investir em áreas como saúde, educação, habitação, saneamento, segurança, assistência social e infraestrutura.

Essas decisões influenciam diretamente as condições de vida da população e podem ampliar ou reduzir desigualdades sociais.

Quando determinados grupos permanecem sistematicamente privados de serviços essenciais, proteção social ou acesso adequado às políticas públicas, cria-se um cenário em que essas populações ficam mais expostas ao adoecimento, à violência e à morte evitável.

Nessa interpretação, a necropolítica manifesta-se não apenas por ações diretas de violência, mas também pela negligência prolongada, pela exclusão social e pela distribuição desigual dos recursos públicos.

Essa abordagem é frequentemente aplicada à análise de contextos marcados por pobreza extrema, racismo estrutural, desigualdades territoriais, conflitos armados ou crises humanitárias.

Em tais situações, comunidades historicamente marginalizadas podem enfrentar maior dificuldade de acesso à atenção em saúde,

saneamento básico, alimentação adequada, educação e proteção social.

Essas condições aumentam sua vulnerabilidade e comprometem o exercício de direitos fundamentais.

Ao mesmo tempo, é importante reconhecer que o uso do conceito de necropolítica na análise da gestão pública é objeto de debate acadêmico.

Nem toda redução de gastos, limitação orçamentária ou dificuldade administrativa caracteriza, por si só, uma política necropolítica.

Fatores como crises econômicas, queda de arrecadação, emergências sanitárias e restrições fiscais também influenciam as decisões

governamentais. Por isso, a aplicação do conceito exige análise contextual, baseada em evidências e na avaliação dos efeitos concretos das políticas públicas sobre diferentes grupos da população.

Sob a perspectiva dos direitos humanos, a gestão dos recursos públicos deve ser orientada pelos princípios da universalidade, da equidade, da eficiência e da transparência.

Isso significa que as decisões orçamentárias precisam buscar reduzir desigualdades, garantir acesso aos serviços essenciais e priorizar populações em maior situação de vulnerabilidade.

Investimentos em saúde, educação, saneamento, assistência social e habitação

contribuem para diminuir riscos evitáveis e fortalecer a proteção da vida.

> “A necropolítica funciona como uma ferramenta analítica para questionar como determinadas escolhas políticas podem produzir desigualdades na proteção da vida. O conceito estimula reflexões sobre a responsabilidade do Estado na garantia dos direitos fundamentais e sobre a necessidade de que os recursos públicos sejam distribuídos de maneira justa, transparente e orientada pelo interesse coletivo. ”

CAPÍTULO

IX

RACISMO ESTRUTURAL E RACISMO INSTITUCIONAL

O racismo é um fenômeno histórico e social que produz desigualdades no acesso a direitos, oportunidades e recursos. Entre suas diferentes formas de manifestação, destacam-se o racismo estrutural e o racismo institucional, conceitos que ajudam a compreender como práticas discriminatórias podem estar incorporadas à organização da sociedade e ao funcionamento das instituições, influenciando áreas como educação, justiça, segurança, trabalho e saúde.

O racismo estrutural refere-se à forma como as desigualdades raciais são reproduzidas pelas estruturas sociais, econômicas, políticas e culturais. Nessa perspectiva, o racismo não se limita a atitudes

individuais de preconceito, mas está presente em padrões históricos que favorecem determinados grupos e colocam outros em posições de maior vulnerabilidade.

Essas estruturas influenciam o acesso à renda, à escolaridade, à moradia, ao emprego, à participação política e aos serviços públicos, contribuindo para a persistência das desigualdades raciais ao longo do tempo.

Já o racismo institucional diz respeito às práticas, normas e rotinas de instituições públicas ou privadas que, mesmo sem intenção explícita de discriminar, produzem resultados desiguais para diferentes grupos raciais.

Esse tipo de racismo pode manifestar-se por meio de barreiras no acesso aos serviços, atendimento de menor qualidade, distribuição desigual de recursos, ausência de representatividade e políticas que não consideram as necessidades específicas de determinados grupos.

Assim, o foco recai sobre o funcionamento das instituições e seus impactos concretos na garantia de direitos.

No campo da saúde, essas formas de racismo podem contribuir para iniquidades no acesso aos serviços, diferenças na qualidade do atendimento e piores indicadores de saúde em populações historicamente discriminadas.

Fatores como condições de vida, barreiras de acesso, menor disponibilidade de recursos em determinados territórios e experiências de discriminação influenciam o processo saúde-doença e ampliam situações de vulnerabilidade.

Por isso, a promoção da equidade em saúde exige reconhecer e enfrentar esses fatores estruturais e institucionais.

> "Compreender o racismo estrutural e institucional significa reconhecer que as desigualdades raciais não decorrem apenas de ações individuais, mas também de processos históricos e da organização das instituições. "

Ao mesmo tempo, é importante analisar cada contexto com base em evidências, considerando que diferentes países e instituições apresentam

realidades distintas e podem adotar estratégias variadas para enfrentar essas desigualdades.

CAPÍTULO

X

SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA

A saúde da população negra no contexto global constitui um importante tema da saúde pública, dos direitos humanos e da justiça social. Em diferentes países, pesquisas demonstram que populações negras frequentemente apresentam piores indicadores de saúde quando comparadas a outros grupos populacionais.

Essas diferenças não podem ser compreendidas apenas por fatores biológicos; elas refletem, sobretudo, processos históricos, sociais, econômicos e políticos relacionados à escravidão, ao colonialismo, à segregação racial, às desigualdades socioeconômicas e às diferentes formas de discriminação.

A perspectiva dos determinantes sociais da saúde demonstra que fatores como renda, escolaridade, moradia, alimentação, condições de trabalho, acesso aos serviços de saúde, segurança e proteção social exercem influência decisiva sobre o processo saúde-doença.

Em diversos países, a população negra enfrenta maiores dificuldades de acesso a esses recursos, o que contribui para maior exposição a doenças, menor expectativa de vida e maiores barreiras para receber cuidados de saúde oportunos e de qualidade.

Sob uma perspectiva crítica, as desigualdades observadas na saúde da população negra devem ser

analisadas como resultado de processos estruturais e institucionais.

Estudos realizados em diferentes regiões do mundo indicam que fatores como segregação residencial, pobreza, discriminação, menor acesso à educação e desigualdades no mercado de trabalho podem repercutir diretamente nas condições de saúde. Além disso, práticas discriminatórias nos serviços de saúde podem dificultar o acesso, comprometer a qualidade da assistência e reduzir a confiança das comunidades nas instituições de saúde.

Outro aspecto relevante é que as desigualdades variam conforme o contexto nacional. Em países

como Estados Unidos, Reino Unido, Brasil e África do Sul, por exemplo, os fatores históricos e sociais que influenciam a saúde da população negra apresentam características específicas.

Apesar dessas diferenças, há um elemento comum: a necessidade de enfrentar desigualdades estruturais para garantir o exercício pleno do direito à saúde.

CAPÍTULO

XI

POVOS INDÍGENAS, QUILOMBOLAS E POPULAÇÕES TRADICIONAIS

Os povos indígenas, quilombolas e demais populações tradicionais desempenham papel fundamental na preservação da diversidade cultural, dos conhecimentos tradicionais e da biodiversidade.

Em diferentes regiões do mundo, essas comunidades mantêm formas próprias de organização social, práticas de cuidado, modos de vida e relações com o território, que constituem parte importante do patrimônio histórico e cultural da humanidade.

Entretanto, esses grupos frequentemente enfrentam desigualdades sociais, dificuldades de acesso aos direitos fundamentais e maior

vulnerabilidade às mudanças econômicas, ambientais e políticas.

No contexto global, os povos indígenas representam cerca de 6% da população mundial, mas concentram uma parcela significativa das populações em situação de pobreza e exclusão social.

Em muitos países, comunidades tradicionais convivem com limitações no acesso à saúde, educação, saneamento básico, infraestrutura e proteção territorial. Além disso, conflitos relacionados ao uso da terra, à exploração de recursos naturais, ao desmatamento, às mudanças

climáticas e aos deslocamentos forçados afetam diretamente suas condições de vida e saúde.

A saúde desses povos deve ser compreendida de forma ampla, considerando aspectos físicos, mentais, espirituais, culturais e ambientais. Para muitas comunidades, saúde está profundamente relacionada ao território, à preservação dos recursos naturais, às práticas culturais e aos conhecimentos tradicionais.

Assim, a perda de territórios, a degradação ambiental ou a ruptura de modos de vida podem produzir impactos significativos sobre o bem-estar coletivo, além de aumentar a vulnerabilidade social.

Outro aspecto importante refere-se às barreiras de acesso aos serviços de saúde. Distâncias geográficas, dificuldades de transporte, diferenças linguísticas, ausência de profissionais capacitados para atuar em contextos interculturais e inadequação dos serviços às especificidades culturais podem limitar o acesso e comprometer a qualidade da assistência.

A promoção da equidade exige que os sistemas de saúde respeitem as diversidades culturais e desenvolvam estratégias que conciliem o conhecimento científico com as práticas tradicionais de cuidado, sempre que isso for seguro e compatível com os direitos humanos.

No caso das comunidades quilombolas, os desafios em saúde também estão relacionados às desigualdades históricas produzidas pelo processo de escravidão e pela exclusão social.

Em diversos países das Américas, populações afrodescendentes e comunidades tradicionais apresentam piores indicadores de renda, educação e acesso aos serviços públicos, fatores que influenciam diretamente o processo saúde-doença.

Políticas públicas voltadas à equidade buscam reduzir essas desigualdades por meio da ampliação do acesso aos serviços, da promoção da participação comunitária e do reconhecimento das especificidades culturais.

No plano internacional, a proteção dos direitos dos povos indígenas e das comunidades tradicionais é reconhecida por diversos instrumentos de direitos humanos.

Esses documentos reforçam o direito à autodeterminação, à preservação da identidade cultural, ao acesso à saúde, à educação, à proteção dos territórios tradicionais e à participação nas decisões que afetam suas vidas. Tais princípios destacam que o desenvolvimento sustentável deve ocorrer com respeito à diversidade cultural e aos direitos coletivos dessas populações.

CAPÍTULO

XII

GÊNERO, SEXUALIDADE E DESIGUALDADES EM SAÚDE

As relações entre gênero, sexualidade e saúde constituem um importante campo de estudo da Saúde Coletiva e dos direitos humanos. Esses fatores influenciam as experiências de adoecimento, o acesso aos serviços de saúde, a qualidade da assistência e os resultados em saúde.

Estudos têm evidenciado que, as desigualdades relacionadas ao gênero e à sexualidade podem afetar significativamente o bem-estar físico, mental e social de diferentes grupos populacionais, denotando a necessidade de políticas públicas orientadas pela equidade e pelo respeito à diversidade.

O conceito de gênero refere-se aos papéis, normas e expectativas socialmente construídos sobre mulheres, homens e outras identidades de gênero.

Essas construções variam entre culturas e ao longo do tempo, influenciando oportunidades de educação, trabalho, renda, participação política e acesso aos serviços de saúde.

Já a sexualidade compreende diferentes dimensões relacionadas às vivências afetivas, identidades, orientações sexuais, expressões de gênero e relações interpessoais, constituindo um aspecto importante da saúde e da qualidade de vida.

As desigualdades em saúde associadas ao gênero e à sexualidade não decorrem apenas de diferenças biológicas, mas também de fatores sociais, econômicos, culturais e institucionais.

Em muitos países, mulheres enfrentam dificuldades relacionadas ao acesso à saúde sexual e reprodutiva, à violência baseada em gênero e à desigualdade no mercado de trabalho. Da mesma forma, pessoas LGBTQIA+ podem encontrar barreiras decorrentes da discriminação, do estigma, da exclusão social e de serviços de saúde pouco preparados para atender suas necessidades específicas.

Essas desigualdades também se manifestam na saúde mental. A discriminação, a violência, o preconceito e a exclusão podem aumentar a exposição ao sofrimento psíquico, à ansiedade e à depressão entre grupos historicamente marginalizados.

Ao mesmo tempo, a ausência de ambientes acolhedores e de profissionais capacitados pode dificultar a busca por atendimento, comprometendo a prevenção, o diagnóstico e a continuidade do cuidado.

No contexto internacional, organismos como a Organização Mundial da Saúde e a Organização das Nações Unidas defendem que os sistemas de saúde

devem oferecer atendimento baseado nos princípios da universalidade, da equidade, da não discriminação e do respeito aos direitos humanos.

Isso implica garantir acesso a serviços de saúde sexual e reprodutiva, prevenção de infecções sexualmente transmissíveis, atenção à saúde mental, cuidado materno-infantil e acolhimento adequado para todas as pessoas, independentemente de gênero ou orientação sexual.

Outro aspecto importante é a necessidade de considerar a interseccionalidade, conceito que destaca como diferentes formas de desigualdade, como gênero, raça, classe social, deficiência, idade e

território, pode interagir e ampliar situações de vulnerabilidade.

Dessa forma, mulheres negras, pessoas indígenas, migrantes, pessoas com deficiência ou integrantes da comunidade LGBTQIA+ podem enfrentar desafios específicos que exigem respostas diferenciadas das políticas públicas. A promoção da equidade em saúde requer ações intersetoriais que articulem saúde, educação, assistência social, trabalho, segurança e direitos humanos.

CAPÍTULO

XIII

TERRITÓRIOS VULNERABILIZADOS E INJUSTIÇA SANITÁRIA

Os territórios vulnerabilizados são espaços onde fatores sociais, econômicos, ambientais e políticos se combinam para produzir condições desfavoráveis à saúde e ao bem-estar da população.

A vulnerabilização de um território não decorre apenas de características geográficas, mas de processos históricos que envolvem desigualdade social, pobreza, segregação urbana, exclusão econômica, degradação ambiental e acesso limitado a serviços públicos essenciais.

Nessa perspectiva, a vulnerabilidade é socialmente produzida e reflete a distribuição desigual de recursos e oportunidades. O conceito de injustiça sanitária refere-se à distribuição desigual

dos riscos à saúde e do acesso aos recursos necessários para sua proteção.

Comunidades que vivem em territórios marcados por precariedade habitacional, ausência de saneamento básico, poluição ambiental, insegurança alimentar, violência ou escassez de serviços de saúde tendem a apresentar maiores índices de adoecimento e menor expectativa de vida.

Essas diferenças são consideradas injustas porque poderiam ser reduzidas por meio de políticas públicas adequadas e da garantia dos direitos sociais. No contexto global, a urbanização acelerada, as mudanças climáticas, os conflitos

armados e as desigualdades econômicas ampliam os desafios enfrentados por populações que vivem em favelas, assentamentos informais, áreas rurais isoladas, regiões de fronteira e territórios ocupados por povos indígenas e comunidades tradicionais.

Esses grupos frequentemente enfrentam barreiras para acessar água potável, saneamento, transporte, educação e serviços de saúde, fatores que influenciam diretamente o processo saúde-doença.

A injustiça sanitária evidencia que as condições de saúde não são distribuídas de maneira aleatória. A localização geográfica, a renda, a raça, o gênero e

outros determinantes sociais influenciam as oportunidades de viver com saúde.

Assim, determinados territórios concentram maior exposição a riscos ambientais, doenças infecciosas, violência, insegurança alimentar e eventos climáticos extremos, enquanto outros dispõem de maior infraestrutura, proteção social e acesso aos serviços públicos.

Enfrentar a injustiça sanitária exige políticas públicas baseadas na equidade e na atuação sobre os determinantes sociais da saúde. Isso envolve investimentos em saneamento básico, habitação digna, transporte, educação, segurança alimentar, proteção ambiental e fortalecimento da atenção

primária à saúde. Também requer planejamento territorial que considere as necessidades específicas de cada comunidade e promova participação social na definição das prioridades locais.

Além disso, organismos internacionais destacam que a promoção da justiça sanitária está diretamente relacionada aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, especialmente aqueles voltados à saúde, redução das desigualdades, acesso à água potável, cidades sustentáveis e combate às mudanças climáticas. Esses objetivos reforçam que a melhoria das condições de saúde depende de ações integradas

entre diferentes setores e da cooperação entre governos, instituições e sociedade civil.

CAPÍTULO

XIV

A PANDEMIA DE COVID-19 COMO EXPRESSÃO DA NECROPOLÍTICA

A pandemia de COVID-19 foi uma das mais significativas crises de saúde do século XXI, revelando vulnerabilidades dos sistemas de saúde, grandes desigualdades sociais e problemas associados à governança global.

Vários estudiosos utilizaram o conceito de necropolítica, criado por Achille Mbembe, para investigar como certas escolhas políticas durante a pandemia geraram efeitos desiguais em variados grupos sociais.

Durante a pandemia, esse conceito foi empregado pela literatura acadêmica para analisar circunstâncias em que grupos vulneráveis enfrentaram mais obstáculos para acessar a

prevenção, o diagnóstico, o tratamento e os serviços de saúde, levando a uma maior vulnerabilidade aos impactos da doença.

A pandemia mostrou que os efeitos da COVID-19 não foram disseminados de forma igualitária. Idosos, indivíduos com doenças crônicas, profissionais em funções essenciais, grupos em situação de pobreza, migrantes, refugiados, povos indígenas e comunidades racializadas, em diversos países, enfrentaram riscos maiores de infecção e morte.

Vários desses grupos enfrentavam condições de moradia precárias, dificuldades para acessar água potável, exigência de trabalho presencial e menor

oferta de serviços de saúde, fatores que aumentaram sua vulnerabilidade.

Outro ponto frequentemente abordado diz respeito à distribuição mundial de recursos de saúde.

A distribuição desigual de vacinas, remédios, equipamentos de proteção e leitos hospitalares mostrou disparidades marcantes entre nações ricas e pobres.

Enquanto certas nações conseguiram vacinar rapidamente uma grande parte de suas populações, outras lidaram com a escassez prolongada de vacinas e infraestrutura, evidenciando como

desigualdades econômicas e geopolíticas afetam a capacidade de resposta a emergências de saúde.

Assim, certos especialistas entenderam que algumas escolhas políticas, como a falta de investimentos em saúde, demoras na aplicação de medidas protetivas ou a desigualdade na distribuição de recursos, poderiam ser analisadas sob a perspectiva da necropolítica quando ajudavam a aumentar a exposição de certos grupos à morte que poderia ser evitada.

Entretanto, essa interpretação é tema de discussão acadêmica. Outros estudiosos afirmam que diversos resultados surgiram da junção de elementos como restrições científicas iniciais,

limitações logísticas, competência institucional, contextos econômicos e dificuldades na administração pública.

Dessa forma, a utilização do conceito de necropolítica demanda uma análise atenta do contexto e das consequências reais das decisões tomadas pelo governo.

A pandemia ressaltou a relevância de sistemas de saúde pública robustos, da colaboração global e da monitorização epidemiológica.

Nações com habilidade de coordenação, investimento constante em saúde pública e sistemas eficientes de proteção social, em diversas situações,

reagiram de maneira mais eficaz à emergência sanitária.

Esses casos destacam que políticas fundamentadas na equidade e na prontidão para emergências têm o potencial de diminuir desigualdades e salvaguardar grupos em maior risco de vulnerabilidade.

Sob a ótica dos direitos humanos, a pandemia confirmou que a saúde é um patrimônio coletivo mundial.

CAPÍTULO

XV

TOMADA DE DECISÕES EM CONTEXTOS DE ESCASSEZ

Tomar decisões em situações de escassez representa um dos principais desafios para gestores públicos, profissionais de saúde e criadores de políticas, especialmente em casos de crises sanitárias, guerras, desastres ambientais e restrições econômicas.

A escassez acontece quando os recursos disponíveis, como leitos em hospitais, remédios, vacinas, profissionais, equipamentos ou financiamento, não são suficientes para atender completamente todas as necessidades da população.

Em tais circunstâncias, as decisões tomadas podem ter consequências profundas na vida das

pessoas, tornando essencial uma análise ética e política dos critérios empregados.

Na saúde, a falta exige escolhas em relação à alocação de recursos restritos. Essas escolhas podem incluir a determinação de prioridades de atendimento, a destinação de tecnologias dispendiosas, a estruturação dos serviços e a seleção de grupos prioritários em campanhas de vacinação e prevenção.

Ainda que essas escolhas sejam imprescindíveis em certos contextos, elas precisam ser guiadas por princípios que assegurem equidade, clareza e respeito pelos direitos humanos.

Um dos princípios fundamentais envolvidos é o da justiça, que visa a alocação de recursos levando em conta as necessidades particulares de indivíduos e grupos sociais.

Ao contrário de uma lógica estritamente igualitária, que fornece o mesmo benefício para todos sem considerar as diferenças, a equidade entende que grupos mais vulneráveis podem precisar de maior apoio e prioridade para alcançar condições de saúde mais justas.

Outro princípio essencial é a justiça distributiva, que diz respeito à definição de normas éticas para a distribuição de vantagens e ônus sociais.

Em momentos de falta, várias abordagens podem ser levadas em conta, como dar prioridade aos que correm maior risco de morrer, aos que têm melhor chance de recuperação, a grupos mais vulneráveis ou a populações historicamente marginalizadas.

Cada critério traz implicações éticas e sociais, necessitando de uma análise atenta para prevenir discriminações e intensificação das desigualdades.

Entretanto, é fundamental reconhecer que não toda decisão feita em circunstância de escassez indica, necessariamente, uma prática de exclusão ou negligência.

Gestores com frequência lidam com restrições reais de recursos, incertezas científicas e pressões sociais.

Assim, decisões sensatas demandam critérios nítidos, fundamentados em evidências, engajamento social, análise ética e estruturas de transparência que possibilitem justificar as opções tomadas.

Além das decisões de emergência, a falta de recursos também demonstra a relevância do planejamento e do investimento permanente em sistemas públicos de saúde.

A falta de recursos em uma crise geralmente tem conexão com decisões políticas passadas, como

financiamento inadequado, desigualdade na oferta de serviços e vulnerabilidade da infraestrutura de saúde. Assim, evitar situações extremas requer políticas que consolidem a habilidade de resposta dos sistemas de saúde.

CAPÍTULO

XVI

VIGILÂNCIA EM SAÚDE E PROTEÇÃO SOCIAL

A vigilância em saúde e a proteção social são componentes fundamentais para a garantia do direito humano à saúde e para a construção de sociedades mais equitativas.

Enquanto a vigilância em saúde atua na identificação, prevenção e controle de riscos e agravos que afetam as populações, a proteção social busca assegurar condições mínimas de bem-estar, reduzindo vulnerabilidades e garantindo direitos diante de situações de risco social, econômico e sanitário.

A vigilância em saúde representa uma mudança importante na forma de compreender e enfrentar os problemas de saúde. Diferentemente

de um modelo centrado apenas no atendimento individual da doença, ela trabalha com a análise das condições de vida das populações, identificando fatores ambientais, sociais, epidemiológicos e econômicos que influenciam o processo saúde-doença.

Dessa forma, envolve ações de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, vigilância ambiental, vigilância da saúde do trabalhador e promoção da saúde. A vigilância em saúde tornou-se essencial diante de desafios como pandemias, mudanças climáticas, resistência antimicrobiana, doenças emergentes e desastres ambientais.

A proteção social, por sua vez, refere-se ao conjunto de políticas e mecanismos destinados a garantir segurança econômica e social às pessoas, especialmente diante de situações como pobreza, desemprego, doença, velhice, deficiência e crises humanitárias.

A proteção social, inclui políticas de saúde, assistência social, previdência, segurança alimentar, habitação e apoio à renda.

Essas políticas possuem impacto direto sobre a saúde, pois reduzem exposições a riscos e ampliam as possibilidades de uma vida digna.

Vigilância em saúde e proteção social estão profundamente relacionadas aos determinantes

sociais da saúde. Doenças e agravos não surgem apenas por fatores biológicos, mas também pelas condições em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem.

Assim, uma vigilância eficaz precisa considerar desigualdades sociais, territórios vulnerabilizados, diferenças culturais e grupos historicamente excluídos.

A ausência ou fragilidade dessas políticas pode ampliar situações de vulnerabilidade e produzir iniquidades. Populações com menor acesso à informação, renda, moradia adequada e serviços públicos enfrentam maiores riscos durante crises sanitárias.

Nesse sentido, a proteção social funciona como uma estratégia de prevenção e redução de danos, pois atua antes que os problemas de saúde se agravem.

A articulação entre vigilância em saúde e proteção social também fortalece a capacidade do Estado de responder de forma mais justa às necessidades da população. A produção de informações epidemiológicas, por exemplo, permite identificar grupos mais expostos e orientar políticas específicas.

Da mesma forma, programas de proteção social podem reduzir fatores que aumentam riscos sanitários, como insegurança alimentar, exclusão

econômica e falta de acesso a condições básicas de vida.

No entanto, existem desafios importantes, como subfinanciamento, desigualdade na distribuição de recursos, dificuldades de integração entre setores governamentais e limitações na participação comunitária.

Para superar esses obstáculos, é necessário fortalecer sistemas públicos universais, ampliar a cooperação entre diferentes áreas e garantir que as decisões sejam baseadas em evidências científicas e princípios de equidade.

CAPÍTULO

XVII

DESINFORMAÇÃO, CIÊNCIA E POLÍTICAS PÚBLICAS

A relação entre desinformação, ciência e políticas públicas tornou-se um dos principais desafios das sociedades contemporâneas.

Em um cenário marcado pela rápida circulação de informações digitais, crises sanitárias, polarização política e disputas de narrativas, a produção e a disseminação de informações falsas ou enganosas podem comprometer a tomada de decisões individuais e coletivas, afetando diretamente a saúde, a democracia e a confiança nas instituições.

A ciência desempenha um papel fundamental na formulação de políticas públicas, pois oferece métodos sistemáticos para compreender problemas

sociais, avaliar riscos e orientar intervenções baseadas em evidências.

No campo da saúde, conhecimentos científicos permitem desenvolver vacinas, estabelecer protocolos de prevenção, monitorar doenças e organizar respostas diante de emergências sanitárias.

Entretanto, a ciência não opera de forma isolada: seus resultados precisam ser comunicados de maneira acessível e transformados em políticas que considerem aspectos sociais, econômicos, culturais e políticos.

A desinformação caracteriza-se pela disseminação de conteúdos falsos, distorcidos ou

apresentados fora de contexto, muitas vezes com o objetivo de influenciar comportamentos, gerar medo, obter vantagens políticas ou econômicas.

Diferentemente de um simples erro de informação, a desinformação envolve processos que podem explorar incertezas, emoções e desigualdades no acesso ao conhecimento.

No campo da saúde, isso pode resultar em recusa de medidas preventivas, uso de tratamentos sem eficácia comprovada, aumento da hesitação vacinal e dificuldade de controle de doenças.

A desinformação não deve ser analisada apenas como uma falha individual de compreensão,

mas como um fenômeno relacionado a fatores sociais, políticos e econômicos.

Desigualdades educacionais, baixa confiança institucional, exclusão digital, interesses econômicos e disputas ideológicas podem favorecer ambientes onde informações falsas encontram maior circulação.

Assim, o enfrentamento da desinformação exige estratégias que ultrapassem a simples correção de conteúdos falsos. As políticas públicas baseadas em evidências dependem de uma relação de confiança entre ciência, Estado e sociedade.

Quando essa confiança é enfraquecida, torna-se mais difícil implementar medidas coletivas,

especialmente em áreas como vacinação, mudanças climáticas, saúde pública e proteção ambiental.

Por isso, a comunicação científica transparente, o diálogo com diferentes grupos sociais e a participação da população são elementos essenciais para fortalecer a legitimidade das políticas públicas.

O combate à desinformação envolve múltiplas estratégias: educação científica e midiática, fortalecimento da divulgação científica, melhoria da comunicação institucional, transparência dos processos decisórios e responsabilização de práticas que produzam danos coletivos.

CAPÍTULO

XVIII

EMERGÊNCIAS CLIMÁTICAS E SEUS IMPACTOS NA SAÚDE COLETIVA

As emergências climáticas representam um dos maiores desafios contemporâneos para a saúde coletiva, pois as alterações no clima afetam diretamente as condições de vida, os ecossistemas, a economia e a organização dos sistemas de saúde.

O aumento da temperatura global, eventos extremos como ondas de calor, enchentes, secas, incêndios florestais e mudanças nos padrões de doenças infecciosas demonstram que a crise climática não é apenas uma questão ambiental, mas também uma profunda questão social e sanitária.

A relação entre clima e saúde ocorre por diferentes caminhos. Eventos climáticos extremos podem causar mortes, lesões, deslocamentos

populacionais e destruição de serviços essenciais, como hospitais, redes de abastecimento de água e sistemas de saneamento.

Além disso, mudanças ambientais favorecem a expansão de doenças transmitidas por vetores, como dengue, malária e outras arboviroses, ao modificar as condições de reprodução e distribuição de organismos transmissores.

Sob a perspectiva da determinação social do processo saúde-doença, os impactos das mudanças climáticas não atingem todas as populações de maneira igual.

Assim, a crise climática também evidencia desigualdades históricas e problemas relacionados à

justiça social. A chamada injustiça climática demonstra que as populações que menos contribuíram para o agravamento das mudanças climáticas muitas vezes são as mais afetadas por suas consequências.

Países com menor capacidade econômica podem enfrentar maiores dificuldades para desenvolver infraestrutura de proteção, sistemas de alerta, assistência humanitária e adaptação dos serviços de saúde.

Essa realidade revela uma dimensão ética e política da crise climática, envolvendo responsabilidades diferenciadas entre países e grupos sociais. No campo da saúde coletiva, as

emergências climáticas exigem uma abordagem preventiva e integrada.

A vigilância em saúde tem papel fundamental na identificação de riscos, no monitoramento de doenças relacionadas ao clima e na preparação dos sistemas de saúde para responder a eventos extremos.

Estratégias como fortalecimento da atenção primária, planejamento territorial, melhoria do saneamento, proteção ambiental e educação em saúde são essenciais para reduzir impactos futuros.

A crise climática também possui efeitos importantes sobre a saúde mental. Desastres ambientais podem gerar sofrimento psicológico,

ansiedade, depressão, perda de vínculos comunitários e insegurança em relação ao futuro.

Populações que vivenciam deslocamentos forçados ou perdas de moradia e meios de subsistência podem enfrentar consequências prolongadas, demonstrando que os impactos climáticos ultrapassam os danos físicos imediatos.

Enfrentar as emergências climáticas requer ações de mitigação e adaptação. A mitigação busca reduzir as causas das mudanças climáticas, principalmente por meio da redução das emissões de gases de efeito estufa.

A adaptação envolve preparar sociedades e sistemas de saúde para lidar com impactos já

existentes ou inevitáveis. Ambas devem ser orientadas por princípios de equidade, garantindo que as populações mais vulneráveis tenham prioridade nas estratégias de proteção.

CAPÍTULO

XIX

BIOÉTICA DA PROTEÇÃO E BIOÉTICA DE INTERVENÇÃO

A bioética da proteção e a bioética de intervenção constituem importantes perspectivas para compreender os desafios éticos relacionados à saúde, à vida e aos direitos humanos no contexto global contemporâneo.

Diferentemente de uma visão tradicional da bioética, centrada principalmente nas relações individuais entre profissionais e pacientes, essas abordagens ampliam o olhar para as desigualdades sociais, econômicas e políticas que influenciam as condições de saúde das populações.

Em um mundo marcado por crises sanitárias, mudanças climáticas, conflitos, migrações forçadas e profundas desigualdades no acesso aos recursos, a

reflexão bioética torna-se fundamental para analisar como as decisões coletivas afetam diferentes grupos sociais.

A bioética da proteção parte do reconhecimento de que existem populações e indivíduos em situações de maior vulnerabilidade, cujas condições sociais, econômicas e políticas limitam sua capacidade de proteger a própria saúde e exercer plenamente seus direitos.

No cenário global, essa perspectiva evidencia as desigualdades existentes entre países e grupos populacionais, especialmente em situações de emergência sanitária. Entretanto, a bioética da proteção também apresenta um importante

desafio: proteger não significa substituir a autonomia das pessoas ou tomar decisões sem considerar suas realidades culturais e sociais.

Uma proteção verdadeiramente ética deve envolver participação comunitária, respeito aos conhecimentos locais e reconhecimento dos indivíduos e grupos vulnerabilizados como sujeitos de direitos.

Assim, a proteção deve criar condições para que as pessoas possam exercer sua autonomia de maneira mais efetiva, reduzindo as barreiras sociais que limitam suas escolhas.

A bioética de intervenção, por sua vez, apresenta uma abordagem mais crítica e

transformadora, direcionando sua atenção para as estruturas que produzem desigualdades e injustiças.

Essa perspectiva questiona a distribuição desigual dos benefícios científicos, tecnológicos e econômicos, evidenciando que o acesso à saúde ainda é profundamente influenciado por fatores como pobreza, racismo, colonialismo, desigualdade territorial e relações de poder entre países.

Essa abordagem permite analisar situações em que populações vulneráveis permanecem expostas a maiores riscos enquanto recursos e oportunidades são concentrados em grupos mais privilegiados.

A partir da bioética de intervenção, problemas como a desigualdade no acesso a medicamentos

essenciais, a exploração de populações vulneráveis em pesquisas científicas, os impactos ambientais sobre comunidades tradicionais e a insuficiência de investimentos em sistemas públicos de saúde passam a ser compreendidos como questões éticas e políticas, e não apenas como dificuldades técnicas de gestão.

Essa perspectiva defende que a bioética deve assumir compromisso com a transformação social, contribuindo para a construção de políticas públicas que reduzam desigualdades e promovam maior justiça na distribuição dos recursos.

Essas duas abordagens dialogam com conceitos como determinação social da saúde,

equidade, justiça distributiva e necropolítica. Elas permitem compreender que os riscos de adoecimento e morte não são distribuídos de forma aleatória, mas estão relacionados às condições sociais, econômicas e políticas em que as pessoas vivem.

A análise crítica desses fenômenos demonstra que determinadas populações possuem maior exposição a riscos justamente por ocuparem posições historicamente desfavorecidas nas estruturas sociais.

CAPÍTULO

XX

ÉTICA DO CUIDADO E RESPONSABILIDADE DO ESTADO

A relação entre ética do cuidado e responsabilidade do Estado constitui um debate fundamental para compreender os desafios contemporâneos da saúde pública, das políticas sociais e da garantia dos direitos humanos.

Em sociedades marcadas por desigualdades econômicas, crises sanitárias, envelhecimento populacional, emergências climáticas e aumento das vulnerabilidades sociais, o cuidado deixa de ser compreendido apenas como uma prática individual ou familiar e passa a ser reconhecido como uma responsabilidade coletiva e política.

A ética do cuidado destaca a importância das relações de interdependência, solidariedade e

reconhecimento das necessidades humanas. Independentemente de perspectivas éticas centradas exclusivamente em princípios abstratos, como regras universais ou autonomia individual isolada, a ética do cuidado enfatiza que os seres humanos vivem em relações sociais e dependem de redes de apoio ao longo da vida. Assim, cuidar envolve reconhecer vulnerabilidades, escutar necessidades específicas e construir respostas baseadas no respeito, na empatia e na dignidade.

No campo da saúde coletiva, a ética do cuidado amplia a compreensão do processo saúde-doença ao considerar que as pessoas não são apenas portadoras de doenças, mas sujeitos inseridos em

contextos sociais, culturais, econômicos e ambientais.

O cuidado integral exige compreender as condições de vida, os territórios, as relações familiares, as desigualdades e os fatores que influenciam a saúde. Dessa forma, o cuidado ultrapassa a dimensão assistencial e envolve promoção da saúde, prevenção de riscos e garantia de condições dignas de existência.

A partir dessa perspectiva, o Estado possui uma responsabilidade fundamental na proteção da vida e na garantia do direito à saúde. Essa responsabilidade não se limita à oferta de serviços médicos, mas inclui a criação de políticas públicas

capazes de enfrentar os determinantes sociais da saúde, como pobreza, insegurança alimentar, falta de saneamento, desigualdade educacional, desemprego e exclusão social.

A atuação estatal deve buscar assegurar condições para que todas as pessoas tenham oportunidades reais de viver com saúde.A ausência ou fragilidade da ação estatal pode ampliar desigualdades e expor determinadas populações a maiores riscos.

Quando grupos vulnerabilizados permanecem sem acesso adequado à saúde, moradia, alimentação ou proteção social, isso demonstra limitações na garantia dos direitos fundamentais.

Nesse sentido, a ética do cuidado questiona modelos políticos que tratam necessidades humanas essenciais como responsabilidades exclusivamente individuais ou como questões secundárias diante de interesses econômicos.

A responsabilidade do Estado também envolve desafios relacionados à gestão dos recursos públicos. Como os recursos são limitados, os governos precisam estabelecer prioridades e tomar decisões sobre investimentos.

Essas escolhas devem ser orientadas por princípios éticos, como equidade, transparência, participação social e justiça distributiva, evitando

que restrições econômicas resultem no abandono de grupos historicamente vulnerabilizados.

A ética do cuidado também destaca a importância da participação social na construção das políticas públicas. Populações afetadas pelas decisões governamentais devem ser reconhecidas como participantes ativos, e não apenas como destinatárias das ações estatais. A escuta das comunidades, o respeito à diversidade cultural e a valorização dos saberes locais fortalecem políticas mais democráticas e adequadas às necessidades reais da população.

CAPÍTULO

XXI

PARTICIPAÇÃO SOCIAL E CONTROLE DEMOCRÁTICO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE

A participação social e o controle democrático das políticas de saúde constituem elementos fundamentais para a construção de sistemas de saúde mais justos, transparentes e comprometidos com as necessidades da população.

Em sociedades democráticas, a saúde não deve ser compreendida apenas como uma responsabilidade técnica dos governos e dos profissionais, mas como um direito coletivo cuja formulação, execução e avaliação devem envolver a participação ativa dos cidadãos.

Essa perspectiva fortalece a ideia de que as políticas públicas de saúde devem ser construídas com a sociedade e não apenas para a sociedade.

A participação social refere-se ao envolvimento dos indivíduos, comunidades, movimentos sociais, organizações da sociedade civil e grupos historicamente vulnerabilizados nos processos de decisão relacionados à saúde.

Já o controle democrático envolve mecanismos pelos quais a população acompanha, fiscaliza e influencia a atuação do Estado, garantindo maior transparência, responsabilidade pública e adequação das políticas às necessidades reais dos territórios.

A participação social ganhou destaque a partir da compreensão de que os problemas de saúde são determinados por fatores sociais, econômicos,

ambientais e culturais. A população possui conhecimentos sobre suas próprias condições de vida, suas necessidades e as barreiras que enfrenta no acesso aos serviços.

Portanto, incorporar esses saberes aos processos decisórios amplia a qualidade das políticas públicas e favorece intervenções mais eficazes e equitativas.

A experiência internacional demonstra diferentes formas de participação social nos sistemas de saúde. Conselhos comunitários, conferências de saúde, consultas públicas, movimentos sociais, organizações de pacientes e mecanismos de transparência são exemplos de

estratégias utilizadas para aproximar governos e cidadãos.

Esses espaços permitem discutir prioridades, acompanhar investimentos, avaliar serviços e reivindicar direitos, fortalecendo a democracia sanitária. No campo da saúde coletiva, a participação social está diretamente relacionada aos princípios de equidade, universalidade e integralidade.

Populações em situação de vulnerabilidade, frequentemente enfrentam barreiras que podem ser invisibilizadas quando as decisões são tomadas sem sua participação. A inclusão desses grupos nos processos políticos permite identificar

desigualdades e desenvolver respostas mais adequadas às suas realidades.

Entretanto, que a existência formal de mecanismos participativos não garante necessariamente participação efetiva. Muitos espaços podem apresentar limitações relacionadas à desigualdade de informação, falta de recursos para participação, baixa representatividade, burocratização dos processos e influência desigual entre diferentes grupos sociais.

Assim, a participação democrática exige não apenas criar espaços institucionais, mas garantir condições reais para que diferentes vozes sejam ouvidas e consideradas. O controle democrático

também possui relação direta com a responsabilidade do Estado e com a prevenção de práticas de exclusão.

A fiscalização social dos recursos públicos, das prioridades orçamentárias e da qualidade dos serviços contribui para evitar desperdícios, desigualdades e decisões que prejudiquem grupos vulneráveis.

Dessa forma, a participação social funciona como instrumento de garantia de direitos humanos e de fortalecimento da justiça social.

A participação democrática em saúde enfrenta desafios globais, como desigualdades econômicas, exclusão digital, fragilidade das organizações

comunitárias, autoritarismo político e disseminação de desinformação. Superar essas barreiras exige investimento em educação em saúde, transparência institucional, acesso à informação confiável e fortalecimento dos movimentos sociais.

CAPÍTULO

XXII

FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A Atenção Primária à Saúde (APS) constitui um dos pilares fundamentais para a organização de sistemas de saúde universais, equitativos e orientados para as necessidades das populações.

O fortalecimento da APS representa uma estratégia essencial para ampliar o acesso aos cuidados, promover a prevenção de doenças, reduzir desigualdades e garantir o direito humano à saúde.

Mais do que um nível de atendimento, a APS expressa uma concepção de cuidado baseada na proximidade com os territórios, na integralidade da atenção e na participação social.

A APS ganhou reconhecimento internacional a partir da Declaração de Alma-Ata, que afirmou a saúde como direito fundamental e defendeu a necessidade de sistemas de saúde organizados com base em cuidados acessíveis, comunitários e integrados.

Posteriormente, a Declaração de Astana reafirmou a importância da APS como caminho para alcançar a cobertura universal de saúde e enfrentar os desafios sanitários do século XXI.

A principal característica da Atenção Primária é sua capacidade de atuar de forma contínua e próxima da vida cotidiana das pessoas. Contrariamente aos modelos centrados apenas na

assistência hospitalar e no tratamento de doenças, a APS trabalha com promoção da saúde, prevenção de agravos, acompanhamento longitudinal, educação em saúde, vigilância dos territórios e coordenação do cuidado dentro da rede de serviços.

Essa abordagem permite compreender os indivíduos em seus contextos familiares, sociais, culturais e ambientais. Do ponto de vista da saúde coletiva, o fortalecimento da APS é fundamental para enfrentar os determinantes sociais da saúde.

As condições de moradia, trabalho, alimentação, educação, renda, saneamento e ambiente influenciam diretamente o processo saúde-doença. Por estar inserida nos territórios, a

APS possui maior capacidade de identificar vulnerabilidades, reconhecer desigualdades e desenvolver ações adaptadas às necessidades específicas de diferentes comunidades.

Países que investiram em sistemas de saúde baseados na atenção primária demonstraram maior capacidade de organizar o cuidado, reduzir hospitalizações evitáveis e ampliar o acesso da população aos serviços essenciais.

Entretanto, o fortalecimento da APS enfrenta diversos desafios. Em muitos países, ainda predominam modelos de saúde fragmentados, com concentração de recursos em serviços

especializados e hospitalares, enquanto a atenção básica recebe investimentos insuficientes.

Essa lógica pode aprofundar desigualdades, pois populações mais vulneráveis frequentemente dependem de serviços públicos próximos de seus territórios e necessitam de cuidados contínuos e acessíveis.

Outro desafio refere-se às condições de trabalho das equipes de saúde. A falta de profissionais, precarização dos vínculos, baixa valorização da atenção primária e insuficiência de infraestrutura comprometem a qualidade do cuidado.

Para que a APS seja efetiva, é necessário garantir financiamento adequado, formação profissional orientada para a saúde coletiva, equipes multiprofissionais e integração com outros setores sociais.

Fortalecer a APS não significa apenas ampliar unidades de atendimento ou aumentar o número de consultas. É necessário fortalecer uma concepção de cuidado integral, baseada no vínculo, na escuta, na participação comunitária e na compreensão das necessidades sociais dos territórios.

A atenção primária deve ser reconhecida como espaço de produção de saúde e não apenas como porta de entrada administrativa do sistema. A APS

possui ainda um papel fundamental na redução das iniquidades em saúde. Ao priorizar populações em maior situação de vulnerabilidade e desenvolver ações territorializadas, pode contribuir para diminuir diferenças injustas relacionadas à classe social, raça, gênero, idade e localização geográfica.

CAPÍTULO

XXIII

EDUCAÇÃO EM SAÚDE E EMANCIPAÇÃO SOCIAL

A educação em saúde e a emancipação social constituem dimensões fundamentais para a construção de sociedades mais participativas, críticas e capazes de promover o cuidado coletivo.

Na área da saúde pública e da saúde coletiva, a educação em saúde deixou de ser compreendida apenas como transmissão de informações e orientações sobre prevenção de doenças, passando a ser reconhecida como um processo político, social e cultural que possibilita às pessoas compreenderem sua realidade, fortalecerem sua autonomia e participarem das decisões que influenciam suas condições de vida.

A educação em saúde tradicionalmente esteve associada a modelos baseados na transmissão vertical do conhecimento, nos quais profissionais e instituições eram considerados os detentores do saber e a população assumia uma posição passiva de receptora das orientações.

Embora esse modelo tenha contribuído para algumas práticas preventivas, ele apresenta limitações ao desconsiderar os conhecimentos, experiências e condições concretas dos indivíduos e comunidades.

A educação em saúde propõe superar essa lógica, valorizando o diálogo, a participação e a construção compartilhada do conhecimento.

A educação em saúde relaciona-se diretamente ao conceito de emancipação social, entendido como o desenvolvimento da capacidade das pessoas e grupos de compreenderem criticamente sua realidade e atuarem para transformá-la.

A emancipação não significa apenas adquirir informações sobre doenças ou tratamentos, mas desenvolver autonomia, consciência de direitos e capacidade de participação nos processos sociais e políticos que determinam a saúde.

A influência do pensamento de Paulo Freire é fundamental para essa compreensão. Sua proposta de educação dialógica defende que o conhecimento

é construído por meio da troca entre sujeitos, considerando suas experiências e saberes prévios.

Aplicada à saúde, essa perspectiva rompe com práticas autoritárias e estimula uma relação mais horizontal entre profissionais, comunidades e instituições, fortalecendo a autonomia dos indivíduos e o protagonismo social.

A educação em saúde assume papel estratégico diante de desafios como pandemias, mudanças climáticas, desinformação, doenças crônicas e desigualdades sociais.

Populações com maior acesso ao conhecimento crítico e aos espaços de participação tendem a possuir maior capacidade de reivindicar

direitos, adotar medidas de proteção e influenciar políticas públicas.

A educação em saúde precisa considerar que o acesso à informação não ocorre de forma igualitária, sendo influenciado por fatores como escolaridade, renda, território, acesso às tecnologias digitais e condições culturais.

A educação em saúde também pode ser utilizada de maneira inadequada quando responsabiliza exclusivamente os indivíduos por seus problemas de saúde.

Orientar mudanças de comportamento sem considerar as condições sociais pode reforçar culpabilizações injustas. Por exemplo, exigir hábitos

considerados saudáveis sem reconhecer limitações relacionadas à pobreza, insegurança alimentar, falta de acesso a espaços adequados ou precariedade do trabalho ignora os determinantes sociais que influenciam as escolhas das pessoas.

Dessa forma, uma educação em saúde emancipatória deve estar articulada às políticas públicas e à promoção da equidade. Ela deve estimular a participação comunitária, fortalecer movimentos sociais, ampliar o conhecimento sobre direitos e contribuir para que grupos vulnerabilizados tenham maior capacidade de reivindicar melhores condições de vida.

A educação torna-se, assim, uma ferramenta de transformação social e não apenas um instrumento de prevenção individual. No âmbito dos sistemas de saúde, a educação em saúde fortalece a relação entre profissionais e comunidades, favorecendo práticas mais humanizadas e participativas.

CAPÍTULO

XXIV

PERSPECTIVAS PARA POLÍTICAS PÚBLICAS ORIENTADAS PELA EQUIDADE, PELA DIGNIDADE HUMANA E PELA DEFESA DA VIDA

As políticas públicas orientadas pela equidade, dignidade humana e defesa da vida representam uma perspectiva ética e política essencial para enfrentar os desafios sociais e sanitários do mundo contemporâneo.

Em um cenário global marcado por desigualdades econômicas, crises ambientais, conflitos, emergências sanitárias e exclusão de grupos vulnerabilizados, torna-se necessário repensar o papel do Estado e das instituições sociais na construção de sociedades mais justas e capazes de proteger a vida em todas as suas dimensões.

A equidade constitui um princípio fundamental para a formulação de políticas públicas comprometidas com a justiça social.

A equidade reconhece que grupos e indivíduos possuem necessidades distintas decorrentes de condições históricas, sociais, econômicas e culturais.

Com isso, políticas equitativas devem identificar desigualdades injustas e direcionar maior proteção e recursos às populações que enfrentam maiores barreiras para alcançar condições dignas de vida.

A dignidade humana, por sua vez, constitui um princípio central dos direitos humanos e estabelece que todas as pessoas possuem valor intrínseco e

devem ser tratadas com respeito, independentemente de sua condição social, origem, raça, gênero, território ou capacidade econômica.

No contexto das políticas públicas, esse princípio exige que os cidadãos sejam reconhecidos como sujeitos de direitos e não apenas como destinatários de ações governamentais.

Uma política pública baseada na dignidade humana deve garantir acesso universal a direitos fundamentais, promover inclusão social e combater práticas discriminatórias. Isso envolve assegurar condições adequadas de saúde, educação, segurança alimentar, habitação, proteção ambiental e participação democrática.

A dignidade não se limita à sobrevivência física, mas envolve a possibilidade de viver com autonomia, reconhecimento social e participação na comunidade.

A defesa da vida representa um compromisso ético que ultrapassa a preservação biológica da existência. Defender a vida significa criar condições para que as pessoas possam viver com qualidade, segurança e liberdade.

Essa perspectiva questiona modelos de desenvolvimento e decisões políticas que priorizam interesses econômicos em detrimento das necessidades humanas e ambientais. Assim, políticas públicas voltadas à defesa da vida devem

considerar tanto as necessidades das gerações atuais quanto a responsabilidade com as futuras gerações.

Uma análise crítica dessas perspectivas também permite compreender os limites e desafios das políticas públicas. A existência de direitos formalmente reconhecidos não garante sua efetivação.

Fatores como subfinanciamento, desigualdade na distribuição de recursos, fragilidade institucional, interesses econômicos e exclusão política podem impedir que determinados grupos tenham acesso pleno às políticas de proteção.

Portanto, a defesa da vida exige não apenas declarações de princípios, mas compromisso

político e investimento contínuo. Outro desafio contemporâneo está relacionado à tomada de decisões em contextos de escassez. Governos frequentemente precisam definir prioridades diante de recursos limitados, e essas escolhas possuem consequências éticas.

Uma política orientada pela equidade deve evitar que a escassez seja utilizada como justificativa para abandonar populações vulneráveis, buscando critérios transparentes, participação social e distribuição justa dos recursos disponíveis.

Nesse sentido, a participação democrática torna-se elemento indispensável. Políticas públicas construídas sem considerar as experiências e

necessidades das comunidades podem reproduzir desigualdades existentes.

A inclusão de diferentes grupos sociais nos processos decisórios fortalece a legitimidade das ações governamentais e permite respostas mais adequadas às realidades locais. As perspectivas futuras apontam para a necessidade de modelos de governança baseados na solidariedade, sustentabilidade e justiça social.

O fortalecimento da atenção primária à saúde, a ampliação da proteção social, o combate às desigualdades raciais e de gênero, a preparação para emergências sanitárias e a adoção de políticas

ambientais responsáveis são caminhos fundamentais para proteger a vida em escala global.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise integrada dos temas relacionados à saúde coletiva, bioética, direitos humanos e políticas públicas demonstra que a saúde é um fenômeno complexo, determinado por múltiplas dimensões sociais, econômicas, políticas, ambientais e culturais.

O processo saúde-doença não pode ser compreendido apenas a partir de fatores biológicos ou individuais, pois está profundamente relacionado às condições de vida, às desigualdades estruturais e às formas como as sociedades organizam a proteção social e a distribuição de recursos.

Os conceitos de biopolítica, necropolítica e governamentalidade permitem compreender que as decisões dos governos e das instituições influenciam diretamente quais populações recebem maior proteção e quais permanecem expostas a riscos e vulnerabilidades.

A gestão da vida envolve escolhas políticas sobre financiamento, prioridades, acesso aos serviços e proteção social. Nesse sentido, a análise desses principais conceitos revela a importância de questionar práticas e políticas que naturalizam desigualdades e produzem diferentes níveis de valorização da vida humana.

Por outro lado, a perspectiva da determinação social do processo saúde-doença evidencia que as condições de saúde são produzidas por fatores como renda, educação, trabalho, moradia, alimentação, saneamento, ambiente e relações sociais.

As desigualdades sociais não são apenas diferenças econômicas, mas determinantes fundamentais das oportunidades de viver com saúde. Assim, a redução das iniquidades exige políticas públicas capazes de atuar sobre as causas estruturais do adoecimento e não somente sobre suas consequências.

De certo modo, a compreensão da saúde como direito humano fundamental reforça o dever do Estado e da sociedade de garantir condições dignas de existência para todas as pessoas, embora o reconhecimento formal desse direito não assegura sua efetivação.

A garantia do direito à saúde depende de políticas comprometidas com a universalidade, a integralidade e a equidade. A evolução das políticas públicas de saúde no contexto global demonstra uma mudança progressiva de modelos centrados exclusivamente na doença para abordagens voltadas à promoção da saúde, prevenção de agravos e participação social.

O fortalecimento dos sistemas universais de saúde, da Atenção Primária à Saúde e da vigilância em saúde revela-se essencial para responder aos desafios atuais, incluindo pandemias, doenças crônicas, envelhecimento populacional e emergências ambientais.

A análise dos sistemas de saúde e seus princípios evidencia que modelos baseados na universalidade, equidade e integralidade possuem maior capacidade de proteger populações, especialmente em situações de crise. Entretanto, a sustentabilidade desses sistemas depende de financiamento adequado e de decisões políticas que priorizem a vida.

A austeridade fiscal, quando aplicada de forma indiscriminada, pode comprometer direitos sociais, ampliar desigualdades e enfraquecer a capacidade dos Estados de responder às necessidades coletivas.

As discussões sobre racismo estrutural, racismo institucional, saúde da população negra, povos indígenas, quilombolas e populações tradicionais demonstram que as desigualdades em saúde possuem raízes históricas e sociais profundas.

O acesso desigual aos serviços, a invisibilização de necessidades específicas e a exposição diferenciada aos riscos revelam a necessidade de políticas afirmativas, reconhecimento da

diversidade cultural e combate às formas de discriminação presentes nas instituições.

Quanto às questões relacionadas a gênero, sexualidade e desigualdades em saúde reforçam que determinados grupos enfrentam barreiras específicas no acesso ao cuidado, muitas vezes associadas ao preconceito, violência, exclusão e falta de reconhecimento de suas necessidades.

A construção de sistemas de saúde justos exige práticas inclusivas, respeito à diversidade e garantia de atendimento livre de discriminação. A análise dos territórios vulnerabilizados e da injustiça sanitária evidencia que o espaço onde as pessoas

vivem influencia diretamente suas condições de saúde.

Comunidades expostas à pobreza, degradação ambiental, ausência de infraestrutura e baixa presença do Estado apresentam maiores riscos e menores possibilidades de proteção. Dessa forma, políticas territoriais e ações intersetoriais são fundamentais para enfrentar desigualdades.

A pandemia de COVID-19 representou uma expressão concreta dos desafios éticos, políticos e sociais discutidos ao longo desses temas. Revelou desigualdades no acesso à proteção, impactos diferenciados entre grupos sociais, importância da

ciência, necessidade de comunicação confiável e papel central dos sistemas públicos de saúde.

As discussões sobre tomada de decisões em contextos de escassez mostram que escolhas relacionadas à distribuição de recursos possuem implicações éticas. Priorizar investimentos, definir grupos prioritários e organizar respostas emergenciais exige critérios baseados em justiça, transparência, participação social e compromisso com a proteção dos mais vulneráveis.

A vigilância em saúde, a proteção social e o enfrentamento da desinformação reforçam que sociedades preparadas para crises dependem de

instituições fortalecidas, conhecimento científico, comunicação transparente e participação cidadã.

A ciência deve orientar políticas públicas, mas sua aplicação precisa estar articulada ao diálogo social e ao reconhecimento das diferentes realidades culturais e territoriais. As emergências climáticas ampliam essa reflexão ao demonstrar que a saúde humana está diretamente relacionada ao equilíbrio ambiental.

Mudanças climáticas, eventos extremos, insegurança alimentar e deslocamentos populacionais afetam principalmente grupos que possuem menor capacidade de adaptação. Assim, a

justiça ambiental torna-se parte fundamental da justiça em saúde.

A bioética da proteção e a bioética de intervenção contribuem para compreender que a ética em saúde envolve não apenas decisões individuais, mas também responsabilidades coletivas e políticas.

A proteção das populações vulneráveis e a transformação das estruturas que produzem desigualdades são elementos essenciais para uma ética comprometida com a dignidade humana.

Nesse processo, a ética do cuidado, a participação social e o controle democrático das políticas de saúde destacam que a construção de

sistemas mais justos depende do reconhecimento da população como sujeito ativo.

A democracia em saúde exige transparência, escuta, corresponsabilidade e inclusão dos diferentes grupos sociais nas decisões que afetam suas vidas.

A promoção da saúde e a educação em saúde como instrumentos de emancipação social demonstram que produzir saúde significa fortalecer autonomia, consciência crítica e capacidade de transformação social.

A educação não deve ser apenas transmissão de informações, mas um processo dialógico que

reconhece saberes comunitários e amplia a participação dos cidadãos.

As perspectivas futuras para as políticas públicas devem estar fundamentadas na equidade, dignidade humana e defesa da vida, e o grande desafio conjuntural é superar modelos que reproduzem exclusões e construir sociedades capazes de proteger todas as pessoas, independentemente de raça, gênero, território, condição econômica ou origem social.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Silvio Luiz de. **Racismo estrutural**. São Paulo: Sueli Carneiro; Pólen, 2019.

BREILH, Jaime. **Epidemiologia crítica**: ciência emancipadora e interculturalidade. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

FOUCAULT, Michel. **Nascimento da biopolítica**: curso dado no Collège de France (1978-1979). São Paulo: Martins Fontes, 2008.

GARRAFA, Volnei; PORTO, Dora. Bioética de intervenção: considerações sobre a economia de mercado. **Revista Bioética**, Brasília, v. 13, n. 1, p. 111-123, 2005.

LUKAMBA, Wilson Venâncio. **A nossa saúde**: um retrato da saúde coletiva em territórios desiguais. Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação, [S. l.], p. 10–104, 2026.

MBEMBE, Achille. **Necropolítica**: biopoder, soberania, estado de exceção, política da morte. São Paulo: N-1 Edições, 2018.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

SCHRAMM, Fermin Roland. Bioética da proteção: ferramenta válida para enfrentar problemas morais na era da globalização. **Revista Bioética**, Brasília, v. 16, n. 1, p. 11-23, 2008.

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Closing the Gap in a Generation**: Health Equity Through Action on the Social Determinants of Health. Geneva: WHO, 2008.

A–Z

ÍNDICE REMISSIVO

A

Acesso aos serviços de saúde, 20, 47, *53*, 66, 78, 84, 89, 97–98, 102–103, 106, 113, *175*, 209
Achille Mbembe, 24, 28–29, 36, 74, 118
África, 90
Agenda 2030, *55*, 99, 114
Água potável, 112, 114, 119
Alocação de recursos, 127–128
América Latina, 98
Atenção Primária à Saúde (APS), 60, 113, *153*, 182–187, 204, 211
Austeridade fiscal, 212
Autonomia, 159–160, 166, 190, 192–193, 201, 219

B

Barreiras de acesso, 47, 49, 67, 69–70, 84–85, 89, 97, 104, 112, 160, *175*, 177, 179, 199, 214
Bioética, 18, 158–159, 161–162, 208, 218
Bioética da proteção, 158–159, 218
Bioética de intervenção, 158, 161–162, 218
Biopoder, 28
Biopolítica, 18, 34–35, 37, 208
Brasil, 90

C

Cidadania, 46–47
Ciência, 21, 62, 97, 121, 130, 139, 142–143, 145–146, 161–162, 215–217
Colonialismo, 36, 88, 161
Conferências de saúde, 176
Conselhos de saúde, 176
Controle social, *55*, 174–175, 178, 218
Cuidado, 20, 24, 40, 60, 66, 89, 94, 97, 105–106, 166–168, 170–171, 182–183, 185–187, 190, 214, 218

D

Declaração de Alma-Ata, 183
Declaração de Astana, 183
Declaração Universal dos Direitos Humanos, *52*, 60
Defesa da vida, 198, 201, 203, 220
Democracia, 22, *25*, *55*, 142, 171, 174–175, 177–179, 200, 204, 218–219
Desigualdades em saúde, 20, 104, 213–214
Desigualdades raciais, 82–83, 204
Desigualdades sociais, 18, 29–30, 46, *54*, *75*, 94, 118, 137, 158, 193, 210
Desinformação, 21, 142–146, 179, 193, 216
Determinação social do processo saúde-doença, 18, 44, *151*, 163, 209
Determinantes sociais da saúde, 44, 68, 89, 112–113, 136, 168, 184, *195*
Dignidade humana, *25*, *52*, 166, 198–201, 218, 220
Direito à saúde, *54*, 69, 91, 168, 211
Direitos humanos, 18, 20, 30, 46, *52*, 60, 66, 78, 88, 97, 99, 102, *105*, 107, 123, 127, 158, 166, 179, 199, 208
Doenças crônicas, 119, 193, 211
Doenças transmitidas por vetores, *151*

E

Educação científica, 146
Educação em saúde, *153*, 179, 183, 190–196, 219
Educação libertadora, 22, 192, 219
Emancipação social, 190, 192, *195*, 219
Emergências climáticas, 18, 150, *152*, 154, 166, 217

Equidade, 20, 22–23, 42, 49, 70, 78, 85, 97–98, 102, 105, 107, 113, 123, 127–128, 139, 155, 163, 171, 177, 195, 198–199, 203, 211–212, 220
Equipes multiprofissionais, 187
Escassez de recursos, 66, 111, 120, 126, 129, 203, 216
Escolaridade, 48, 83, 89, 194
Escolhas orçamentárias, 74, 77–78, 179
Estado, 18, 28, 30, 34–35, 37, 54, 58, 138, 145, 166, 168, 170, 175, 178, 198, 210, 215
Ética do cuidado, 166–167, 170–171, 218
Eventos extremos, 113, 150, 153, 217
Exclusão social, 20, 24, 36, 41, 76, 95, 98, 104–105, 110, 129, 138, 145, 168, 178–179, 198, 202, 214

F

Financiamento da saúde, 21, 62, 126, 130, 187, 209, 212

G

Gênero, 20, 41, 66, 102–104, 106, 112, 187, 199, 204, 214, 220
Gestão pública, 29, 74, 77–78, 162, 170, 209
Governamentalidade, 18, 34, 37, 208

H

Hesitação vacinal, 144

I

Idosos, 119, 166, 211
Iniquidades em saúde, 66, 68–70, 84, 137, 187, 210
Injustiça sanitária, 110, 112–113, 214
Insegurança alimentar, 43, 48, 50, 111, 113, 136, 138, 168, 195, 200, 217
Integralidade, 42, 177, 182, 211–212
Interseccionalidade, 106
Intersetorialidade, 60, 107, 215
Invisibilização, 177, 213

J

Justiça distributiva, 128, 163, 171
Justiça social, 20, 66, 88, 152, 179, 198, 204

M

Marginalização, 20, 76, 105, 129
Meio ambiente, 43, 53, 61, 96, 105, 110–111, 113, 135, 145–146, 150, 153, 184, 200, 209, 215, 217
Michel Foucault, 28, 34–35
Migrantes, 20, 67, 107, 119, 158
Modelo biomédico, 40
Moradia, 43, 46, 48, 53, 68, 83, 89, 111, 119, 137, 154, 169, 184, 209
Mortalidade, 20, 28, 30, 34–36, 74–75, 119, 121, 150, 163
Movimentos sociais, 175–176, 179, 195
Mudanças climáticas, 21, 95, 111, 114, 135, 146, 151–152, 154, 158, 193, 217
Mulheres, 103–104, 107

N

Necropolítica, 18, 24, 28–30, 34, 36–37, 74, 76–77, 118, 121–122, 163, 208

O

Organização Mundial da Saúde (OMS), *52*, *59*, *105*

P

Pandemia de COVID-19, 21, 118–119, 122–123, *135*, 193, 211, *215*
Participação social, 18, *55*, 61, 113, 171, 174–177, 179, 182, 203, 211, 216, 218
Paulo Freire, 192
Periferias urbanas, 111
Pobreza, 20, 30, 41, 66–67, 76, 90, *95*, 110, 119, 136, 161, 168, *195*, *215*
Poder, 19, 24, 28, 30, 34, 36, 74, 161
Políticas públicas, 18, 21, 24–*25*, 34, 43, 48–*50*, *54*–*55*, *58*, 61, 70, 74–*75*, 77, 98, 102, 107, 111, 113, 142, *145*–146, 162, 168, 171, 174, 176, 194–*195*, 198, 200–202, 204, 208, 210–211, 217, 220
População LGBTQIA+, 104, 107
População negra, 20, 88–90, 213
Populações tradicionais, 94–*95*, 98–99, 111, 162, 213
Povos indígenas, 20, 67, 94–*95*, 99, 107, 111, 119, 213
Prevenção, 23, *58*, *105*–106, 118, 127, 134, 138, 143, 168, 178, 182–183, 190, 196, 211
Processo saúde-doença, 18, 40, 42, *85*, 89, 98, 112, 134, *151*, 167, 184, 208–209
Profissionais de saúde, 23, 69, 97, *105*, 119, 126, 158, 174, 186, 191, 193, 196
Promoção da saúde, 22, 46, *58*, 61, 71, *135*, 168, 183, 211, 219
Protagonismo social, 193
Proteção social, 18, 48, *50*, *58*, 68, 71, *75*–76, 89, 113, 122, 134, 136, 138, 169, 204, 208–209, 216

Q

Quilombolas, 20, 94, 98, 213

R

Racismo, 36, 41, 76, 82–84, 161, 213
Racismo estrutural, 36, 76, 82, 213
Racismo institucional, 82–83, 213
Recursos públicos, 74, 76, 78, 170, 179
Renda, 41, 44, 48, *50*, *53*, 66, 83, 89, 98, 103, 112, 136–137, 184, 194, 209
Resistência antimicrobiana, *135*
Responsabilidade do Estado, 30, 166, 170, 178, 210

S

Saberes tradicionais, 94, 96, 171
Saneamento, 40, 47, *50*, *53*, *59*, 68, 71, 74, 76, 79, *95*, 111–113, *150*, *153*, 168, 184, 209
Saúde coletiva, 18, 24, *35*, 40, 48, 102, *150*, *152*, 167, 177, 184, 187, 190, 208
Saúde global, *55*, 70, 122
Saúde mental, *105*–106, *154*
Saúde pública, 24, 62, 88, 122, 146, 166, 190
Saúde sexual e reprodutiva, 104, 106
Sexualidade, 102–104, 214
Sistemas universais de saúde, 60, 182, 211
Solidariedade, 166, 204
Subfinanciamento, 139, 202

T

Territórios vulnerabilizados, 47, *85*, 96, 99, 110–111, 113, 137, 168, *175*, 182–184, 186–187, 214

Tomada de decisões, 19, 24, 34, 40, 42, 74–75, 77–78, 99, 122, 126, 130, 139, 142, 158–159, 170–171, 177, 179, 190, 201, 203, 208, 212, 216, 218–219
Trabalho, 41, 43, 46, 48, 59, 66, 82, 89–90, 103–104, 107, 119, 184, 186, 195, 209
Transparência, 78, 130, 146, 171, 175–176, 179, 216, 219

U

Universalidade, 42, 78, 105, 177, 211–212
Urbanização, 111

V

Vacinas, 59, 62, 120, 126–127, 143–144, 146
Vigilância em saúde, 59, 134–138, 153, 183, 211, 216
Vigilância epidemiológica, 122, 134–135, 138
Violência, 28, 30, 36, 47, 74–76, 104–105, 111, 113, 214
Vulnerabilidade, 22, 25, 34, 37, 46–50, 77–78, 82, 85, 94, 96, 106, 110, 118–119, 123, 130, 134, 137, 159, 166, 177, 184, 187, 208
Vulnerabilidade individual, 48
Vulnerabilidade programática, 48
Vulnerabilidade social, 48
Vulnerabilização, 28, 67, 110, 137, 160, 169, 171, 175, 195, 198, 214

NECROPOLÍTICA E SAÚDE COLETIVA

Wilson Venâncio Lukamba

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

NECROPOLÍTICA E SAÚDE COLETIVA

Wilson Venâncio Lukamba

ISBN: 978-65-6054-400-0