



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE
JOAQUIM VENÂNCIO

ERICA FAUSTINO NASCIMENTO DOS SANTOS

**DISCUTINDO OS ASPECTOS RELACIONADOS À VULNERABILIDADE DA
POPULAÇÃO PERIFÉRICA BRASILEIRA FRENTE ÀS DOENÇAS INFECCIOSAS E
PARASITÁRIAS NEGLIGENCIADAS**

Rio de Janeiro

2022

ERICA FAUSTINO NASCIMENTO DOS SANTOS

**DISCUTINDO OS ASPECTOS RELACIONADOS À VULNERABILIDADE DA
POPULAÇÃO PERIFÉRICA BRASILEIRA FRENTE ÀS DOENÇAS INFECCIOSAS E
PARASITÁRIAS NEGLIGENCIADAS**

**Monografia apresentada à Escola
Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio –
Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV-Fiocruz)
como requisito parcial para aprovação no
Curso Técnico em Biotecnologia**

Orientador: Marcello de Moura Coutinho.

Coorientadora: Fernanda de Oliveira Bottino.

Rio de Janeiro

2022

*Dedico este trabalho a toda população
periférica que mesmo diante de toda
vulnerabilidade, ainda
sim, é resistência!*

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus e a todos que me regem por toda graça e por todo amor infinito. Se tu é por nós, quem será contra nós? Por ti e para ti sempre, Jesus!

Aos meus pais, Cleudénice e Edson, sou eternamente grata por todo incentivo, força e inspiração para correr atrás dos meus objetivos e para ser cada dia melhor. Se hoje concluí este trabalho foi por vocês, meus exemplos de seres humanos. Nenhuma palavra é capaz de expressar de forma suficiente o meu amor pelos dois. Gratidão por tudo. Amo-os ao infinito!

Ao meu irmão, Emerson, que mesmo sem saber foi meu exemplo e fomento para a realização deste trabalho. Te amo, maninho!

Às minhas avós (*in memoriam*) que em vida foram excepcionais para a minha família e durante o processo de escrita não tenho dúvidas que olharam por mim. Dedico este trabalho às senhoras, Maria Aparecida e Elisabeth.

À EPSJV, por me permitir fazer parte dessa instituição que tanto me fez crescer como ser humano, futura profissional, acadêmica e por ter me dado grandes amizades que levarei para a vida. Sentirei saudades e guardarei os momentos vividos com carinho no meu coração. Gratidão por tudo que aprendi e por ter me formado não só academicamente, mas como pessoa!

Aos presentes que a EPSJV me deu, Ana Beatriz e Vitória, agradeço pela vida de vocês e por toda a parceria durante esses quatro anos juntas. Entre alegrias, tristezas, preocupações, choros e sorrisos, fomos muito felizes e é isso que quero levar daqui para frente. Seremos as eternas “Quebradeiras de Coco Babaçu”. Fizemos história e tenho orgulho dela! Amo vocês, amigas. Infinitamente obrigada por tudo!

Ao meu amigo Viniciô, que desde o meu primeiro pisar na sala de aula se mostrou solícito a mim. Obrigada por ter invadido meu coração e por hoje fazer morada nele. Gratidão por todos os momentos juntos, Vini, irei sentir saudades das suas perguntas óbvias e sem cabimento. Amo a sua vida!

Ao meu orientador, Marcello Coutinho, e minha recente coorientadora, Fernanda Bottino, gostaria de agradecer por todo companheirismo, ensinamentos, paciência e respeito. Fica minha eterna gratidão e admiração pelas pessoas e profissionais que vocês são!

Ao professor Flávio Paixão, membro da banca, que com todo seu olhar crítico e acolhedor, contribuiu para a melhoria deste trabalho. Gratidão por todas as palavras, por todo amor e abraço nos momentos difíceis e de felicidade.

À professora Renata Rufino, expresso minha gratidão por contribuir para este trabalho de forma tão generosa. Saiba que ter a contribuição de uma mulher preta e geógrafa me deixa feliz e instigada a evoluir e ser mais um motivo de orgulho para quem lutou tanto para que ocupássemos lugares melhores na sociedade. Sem eles, não estaríamos ascendendo aos espaços mais amplos de forma econômica, política e, sobretudo, acadêmica. Obrigada por ser quem és, professora. Você inspira!

À Maré, que mesmo com toda a realidade que me influencia a ser resistência e que me desperta a olhar o mundo de uma forma diferente de quem está fora deste espaço, me fez sinônimo de força para superar as expectativas e estatísticas fadadas à mulher negra, pobre e periférica. Mesmo que eu saia de você um dia, você nunca sairá de mim, Maré!

“A tarefa não é tanto ver aquilo que ninguém viu, mas pensar o que ninguém ainda pensou sobre aquilo que todo mundo vê.” (Arthur Schopenhauer)

RESUMO

O Brasil apresenta desde os seus primórdios a existência de graves problemas sociais. No tocante às chamadas doenças infecciosas e parasitárias (DIPs), o cenário não é diferente. No Brasil Colônia, doenças como a varíola e a malária já circulavam no território brasileiro. Atualmente, diversas DIPs assolam a população brasileira, sendo necessário um olhar mais atento às doenças negligenciadas, as quais contribuem para a manutenção do quadro de desigualdade no país. Além disso, com o passar dos anos, o aparecimento de doenças emergentes e reemergentes como, por exemplo, a Covid-19 e a dengue, têm se intensificado. Vale destacar que, este cenário está relacionado a diversos fatores político-sociais. Desta forma, este trabalho tem como objetivo analisar os fatores que tornam as populações periféricas brasileiras e, mais particularmente, o território do Complexo da Maré, mais vulneráveis frente às doenças negligenciadas. Para tal, foi realizado um levantamento bibliográfico acerca desse tema nas bases de dados Scielo e Google Acadêmico, utilizando os descritores: vulnerabilidade social; determinantes sociais da saúde; políticas públicas; e, doenças negligenciadas.

Palavras-chave: Doenças infecciosas e parasitárias. Doenças negligenciadas. Vulnerabilidade social. População periférica.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	09
CAPÍTULO 1: Aspectos político-sociais relacionados à vulnerabilidade da população periférica frente às doenças infecciosas e parasitárias.....	14
CAPÍTULO 2: A compreensão da resistência da população periférica frente às doenças infecciosas e parasitárias e as políticas públicas integradas neste processo.....	22
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	29
REFERÊNCIAS.....	31

INTRODUÇÃO

A desigualdade é uma questão social que possui cenários históricos desde os tempos coloniais até os dias atuais. As injustiças sociais ficaram ainda mais evidentes, principalmente a partir do século XIX, quando se teve a ascendência do capitalismo industrial (BARATA, 2009).

No tocante à saúde, esse contexto é ainda mais desolador, pois a iniquidade social tem endereço, cor determinada e, caracteriza-se por afetar diretamente os mais vulneráveis socioeconomicamente. Segundo Yazbek (2001):

Pobreza, exclusão e subalternidade configuram-se, pois como indicadores de uma forma de inserção na vida social, de uma condição de classe e de outras condições reiteradas da desigualdade (como gênero, etnia, procedência, etc.), expressando as relações vigentes na sociedade. São produtos dessas relações, que produzem e reproduzem a desigualdade no plano social, político, econômico e cultural, definindo para os pobres um lugar para os pobres (YAZBEK, 2001, p. 34).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a saúde pode ser definida como “um estado completo de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças” (OMS, 1946). As doenças, por sua vez, estão relacionadas, não apenas às questões intrínsecas dos indivíduos, mas também a condições extrínsecas, como por exemplo, a presença de agentes infecciosos, em uma determinada região, e condições ideais para a sua propagação. Na década de 1970, por exemplo, a população brasileira foi assolada por duas epidemias, a de doença meningocócica e a de encefalite pelo vírus rocio (WALDMAN e SATO, 2016).

Na década de 1980, teve início, no Brasil, a epidemia da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS). Mais recentemente, tivemos epidemias de arboviroses emergentes e reemergentes, como a Zika e a Dengue, respectivamente, dentre outras inúmeras doenças que acometem anualmente a população brasileira (WALDMAN e SATO, op. cit.).

Essas epidemias ocorrem, de maneira geral, em associação aos seguintes fatores: processo de evolução de microrganismos como mutações virais e emergência de bactérias resistentes; migrações e processos de urbanização; aumento do intercâmbio internacional, que assume o papel de “vetor cultural” na disseminação das doenças infecciosas; desestruturação dos serviços de saúde e/ou desatualização das estratégias de controle de doenças; e, fatores ambientais como desmatamento, mudanças climáticas (aquecimento global), secas e inundações (WALDMAN, 1998).

Além das doenças emergentes e reemergentes, o Brasil também sofre com os agravos e as enfermidades que compõe o rol das doenças tropicais negligenciadas. Segundo Rosário e colaboradores (2017), o termo “negligenciada” foi proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS) devido à falta de interesse pelas grandes empresas farmacêuticas nestas doenças e, também, pelo pouco investimento aportado pelas agências de fomento.

Segundo a OMS, existem atualmente dezessete doenças tropicais negligenciadas no mundo, sendo elas: dengue; hidrofobia; tracoma; úlcera de buruli (infecção por *Mycobacterium ulcerans*); treponematoses endêmicas; hanseníase; Doença de Chagas (tripanosomíase americana); tripanossomíase humana africana (Doença do Sono); leishmaniose, cisticercose; dracunculíase (infecção pelo verme da guiné); equinococose; infecções alimentares por trematódeos; filariose linfática; oncocercose (cegueira dos rios); e, esquistossomose e helmintíases transmitidas pelo solo (WHO, 2011). Destas, apenas duas comprovadamente não estão presentes no território brasileiro, a dracunculíase e a tripanossomíase africana (MARQUES, 2021).

Entre as doenças negligenciadas de maior incidência nas áreas periféricas do Brasil, destacam-se: amebíase; ancilostomíase; ascaridíase; dengue; Doença de Chagas; esquistossomose; giardíase; hidrofobia (raiva); leishmaniose visceral; e, hanseníase (OMS, 2012). Mesmo diante de inovações na ciência, existem doenças erradicadas que, diante da não produção de soluções para diminuir a vulnerabilidade da população periférica voltaram a circular no território brasileiro, afetando diretamente essa população.

Pode-se afirmar, nesse contexto, que “a vulnerabilidade socioambiental nos territórios é uma expressão da vulnerabilidade do Estado”, parafraseando o professor-pesquisador da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV), Alexandre Pessoa em uma das suas aulas.

Apesar dos fatores que levam ao aumento da propagação de doenças infecciosas e parasitárias (DIPs) no Brasil serem múltiplos, é possível se estabelecer uma relação entre as condições em que a população acometida está inserida e o surgimento ou reaparecimento de microrganismos (SENADO FEDERAL, 2016).

Um dos motivos para a introdução de doenças transmitidas por vetores nas periferias, como a dengue (mosquito *Aedes aegypti*) e a leishmaniose (flebotomíneo *Lutzomyia longipalpis*), por exemplo, é a falta da remoção adequada e frequente de lixo, que propicia a reprodução dos vetores, além da alta densidade de seres humanos por metro quadrado - consequência do processo exacerbado de urbanização (BERGAMO, 2017).

Segundo a OMS, as doenças transmitidas por vetores representam mais de 17% das doenças infecciosas no mundo, causando mais de 700 mil mortes por ano (OPAS, 2018). Outro fator relacionado à transmissão de doenças infecciosas e parasitárias no Brasil são os animais errantes. Doenças como a leishmaniose, raiva e esporotricose são algumas das zoonoses em que a questão ambiental dos animais de rua prevalece (BEZERRA, 2017).

Portanto, por peculiaridades geográficas, climáticas e ecológicas, pelas características de sua formação social, política, econômica e cultural, o Brasil reúne as condições necessárias para a emergência e reemergência de DIPs (LUNA, 2002).

Diante disso, no Brasil, a população mais afetada por essas doenças, seja ela emergente, reemergente ou negligenciada, é a população periférica, pois sobretudo na periferia, há uma condição socioeconômica agravante, na qual os setores de base, como: saneamento básico, moradia, alimentação e infraestrutura, não recebem a devida atenção e investimentos do governo (BUSS e FILHO, 2007). A ausência de investimento em saúde pública e em saneamento básico impacta diretamente na saúde da população, principalmente da população mais vulnerável (BARATA, 2009).

É importante frisar que o acometimento da população periférica pelas doenças que impactam no Brasil também está relacionado com a renda, não sendo à toa que a maior parte dos casos se concentra nas periferias e que muitas doenças são chamadas de “negligenciadas” ou, até mesmo, de “doenças da pobreza” (CAMPELLO; FALCÃO; DA COSTA, 2014). Essa denominação é a reprodução dos reflexos da desigualdade social, pois a maior incidência das doenças é nos indivíduos, como já dito, em condições de pobreza (IOC, 2011).

Este projeto teve como finalidade compreender como essa população mais vulnerável resiste diante destas doenças negligenciadas, e de tantas outras emergentes e reemergentes, abordando as políticas públicas integradas a esse processo; a importância da educação e da promoção da saúde e do incentivo à rede básica de saúde; além de identificar as questões político- sociais relacionadas com a vulnerabilidade da população periférica brasileira frente às doenças infecciosas e parasitárias.

Justifica-se a realização deste estudo, uma vez que a desigualdade social é uma realidade no Brasil e temos a consciência de que esta problemática é ainda mais consistente no âmbito da saúde. Podemos afirmar isso, uma vez que o Brasil é acometido por cerca de 90% das doenças tropicais negligenciadas existentes no mundo (MARQUES, 2021).

Este número expressa uma verdadeira negligência do Estado em relação às políticas públicas, demonstrando a grande carência de investimentos em pesquisas e medicamentos para as doenças negligenciadas, além de condições igualitárias de saneamento básico, educação e

infraestrutura, a fim de diminuir os índices de mortalidade causados por essas doenças, principalmente na população periférica. Esta acaba sendo verdadeiramente precarizada pelo desmazelo governamental.

Já na questão social, este trabalho também visa contribuir para a conscientização da sociedade, visto que as consequências das doenças negligenciadas geram efeitos perduráveis na saúde, no qual é possível perceber nos altos índices de indivíduos afetados e de mortalidade.

Posto isso, a realização deste trabalho teve como propósito a constatação das questões político-sociais envolvidas nas adversidades da vulnerabilidade da população periférica, da saúde e das doenças infecciosas e parasitárias com a intenção de atingir o maior número de pessoas que sofrem com essas doenças. Para tal, foram levantados dados que apontem esta realidade no país, apontando os dados e justificando a importância deles.

Vale ressaltar, a grande relevância pessoal que este trabalho tem para a autora por ser nascida e criada na comunidade da Maré. Sendo assim, tem consciência da gravidade dos acometimentos gerados em consequência das doenças infecciosas e parasitárias, além dos descasos governamentais em relação às populações periféricas, como moradia, educação e infraestrutura, ademais da falta de políticas públicas de saúde.

Pretende-se, desta forma, que esta temática seja uma contribuição para a origem da autoria, bem como para a população onde está inserida, bem como poderá contribuir na disseminação de informação de qualidade, a qual acaba não chegando facilmente às populações periféricas.

Objetivou-se de forma geral, com o presente estudo, a analisar os fatores que tornam as populações periféricas mais vulneráveis frente às doenças infecciosas e parasitárias negligenciadas, contrapondo com os atuais esforços realizados pelas políticas públicas brasileiras.

E, mais especificamente, identificar as questões político-sociais relacionadas com a vulnerabilidade da população periférica brasileira frente às DIPs; compreendendo como essa população enfrenta essas doenças, abordando as políticas públicas integradas a esse processo; e, explicitando a importância da educação, da promoção da saúde e incentivo à rede de serviços de saúde da Atenção Primária.

Esta monografia é composta por dois capítulos, sendo o primeiro referente ao estudo das questões político-sociais relacionadas à população periférica, com foco no fator vulnerabilidade frente às DIPs e, o segundo relacionado à compreensão da resistência dessa população frente às DIPs, a partir de uma abordagem das políticas públicas integradas a esse processo.

Com um caráter exploratório, este estudo possui abordagem qualitativa, por meio de um levantamento bibliográfico com base na literatura científica a respeito da temática proposta. Foi realizada uma pesquisa de artigos científicos nas bases de dados Scielo e Google Acadêmico.

Para tal, foram utilizados os descritores “vulnerabilidade social”, “determinantes sociais da saúde”, “políticas públicas” e “doenças negligenciadas”, nas seguintes estratégias de pesquisa: (“vulnerabilidade social”) *and* (“doenças negligenciadas”); (“determinantes sociais da saúde”) *AND* (“doenças negligenciadas”) e (“políticas públicas”) *and* (“doenças negligenciadas”). Além disso, os filtros “pesquisar páginas em português” e “classificar por data” foram adicionados.

Diante do exposto, é possível fazer o seguinte questionamento – ***“Quais seriam as formas da população periférica brasileira resistir às doenças infecciosas e parasitárias negligenciadas perante a toda exclusão, marginalização, desigualdade e vulnerabilidade provocadas pelo Estado, em um contexto transformação socioespacial?”***.

CAPÍTULO 1: ASPECTOS POLÍTICO-SOCIAIS RELACIONADOS À VULNERABILIDADE DA POPULAÇÃO PERIFÉRICA FRENTE ÀS DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS

Segundo o Artigo 196 da Constituição Federal do Brasil, definido em 1988, “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.” (BRASIL, 1988).

Nesse sentido, com a entrada em vigor da Lei 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde), os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) obtiveram um destaque frente ao processo saúde-doença da população. O Art. 3 discorre a respeito dos determinantes e condicionantes da saúde, quais sejam: alimentação, moradia, saneamento básico, trabalho, renda, educação e meio ambiente. Estes determinantes e condicionantes da saúde exprimem a qualidade de saúde de um país, além de revelar a organização social e econômica do mesmo (SANAR SAÚDE, 2019).

Sendo assim, a vulnerabilidade da população periférica frente às doenças infecciosas e parasitárias possui interligação com variados determinantes e condicionantes sociais da saúde, ademais das iniquidades presentes na raiz desse problema. As iniquidades, sobretudo em saúde, simbolizam as disparidades sociais e econômicas sistematizadas historicamente na sociedade brasileira (VENTURA, 2014).

A doença infecciosa é causada por microrganismos como vírus, bactérias, fungos e protozoários (também chamados de agente etiológico, ou seja, ser vivo que causa a doença), sendo a consequência das lesões causadas por esses agentes e pela resposta do hospedeiro através de sintomas e alterações fisiológicas, bioquímicas e histopatológicas o prognóstico de uma infecção. Esta, ocorre por meio da penetração, multiplicação ou desenvolvimento de um agente infeccioso em um hospedeiro (CARVALHO et al., 2011).

Vale ressaltar que toda doença contagiosa é infecciosa, mas nem toda doença infecciosa é contagiosa, já que a doença infecciosa é transmitida de um agente patológico específico para um hospedeiro sadio e a doença contagiosa é transmitida diretamente, de hospedeiro para hospedeiro (seja ser humano ou animal), através do contato direto ou indireto com o indivíduo infectado.

A transmissão direta da doença ocorre por meio das mãos, beijo, relação sexual, por meio de transfusões e vias aéreas (tosse, espirro etc.). E, a transmissão indireta dá-se por meio de vetores (insetos, animais), alimentos e objetos contaminados, a longa distância etc. (CARVALHO et al., op. cit.).

A doença parasitária, também denominada como parasitose, é uma espécie de doença infecciosa, no entanto é causada por um microrganismo parasita, podendo ser um protozoário ou metazoário - ao contrário dos “protos”, são pluricelulares (BRASIL, 2020).

O hospedeiro do parasita é o ser humano, mas os caramujos, caracóis e lesmas também são um intermédio de infecção. Nestes, os ovos passam à forma larvária e é mediante a penetração do parasita na pele que ocorre a inflamação e posteriormente a doença. Já nos humanos, é através das fezes e da urina que os parasitas são dispersados, pois os mesmos se desenvolvem e acabam se alojando no intestino e no fígado, obstruindo-os e levando a manifestação dos sintomas (BIO-MANGUINHOS, 2018).

Foi através do processo de urbanização que o território periférico foi construído, sendo um espaço social segregado e excludente. Para Canetti (2015, p. 15): “a organização espacial da metrópole é fundamentada, primeiramente, na segregação espacial”. Isto é, com a lógica do capitalismo e o crescimento urbano exacerbado em decorrência de tal, a periferia é gerada e expandida mediante a pobreza, conforme os imperativos da organização do capital nos grandes centros se efetua e provoca a descentralização da população pobre.

O capital tende sempre a continuar concentrado nas metrópoles, nos centros, enquanto a população pobre é segregada ao lugar que o capitalismo atribuiu para ela a fim de desempenhar a lógica de circulação e acúmulo do mesmo: a periferia - o lugar de pobre. Essa é a estrutura socioeconômica que age sobre a distribuição da população no espaço (CANETTI, op. cit.).

Sendo assim, o “lugar de pobre” destinado a população periférica fez-se necessária para o capitalismo, uma vez que a urbanização reordenou o espaço e causou a relação de dominação e submissão da metrópole para com os pobres; que por hora está longe de ser um acontecimento socialmente indeterminado, pelo contrário. Ou seja, a distribuição espacial da população periférica evidencia o padrão de moradia destinado a região metropolitana, que acaba reproduzindo a segregação e exclusão da parte pobre da sociedade, no qual concomitantemente é a mão de obra explorada para impulsionar o capitalismo (CANETTI, op. cit.).

Portanto, o pobre, a partir do processo de urbanização e em decorrência do capitalismo, foi obrigado a se desterritorializar do espaço urbano central e se territorializar nas periferias - espaço destinado a essa população através da reprodução desigual que o capitalismo gera nos espaços, tendo a população pobre seu acesso aos serviços básicos de saúde e qualidade de vida degradados (CANETTI, op. cit.).

Assim sendo, a negligência governamental em relação aos determinantes sociais da saúde fez com que o mercado regulasse os investimentos e estratégias de atenção à saúde, de acordo com seus interesses, visando apenas o lucro.

Por este fator, a população periférica, sendo a classe mais pobre da sociedade, passou a ser vista como mão de obra barata para que pudesse impulsionar a economia.

Desta forma, os olhares voltados para essa população são pautados pelo interesse, no qual apenas a força de trabalho é extraída, sendo que não pode usufruir econômica, social e espacialmente, de todo o resultado gerado do seu trabalho e, por isso, acaba ficando carente de investimentos governamentais, o que facilita identificar a clara desigualdade social presente na sociedade brasileira (MATOS et al., 2021).

Perante a pandemia de Covid-19 tem sido possível observar esse fato, isso porque as ações voltadas para o combate do SARS-CoV-2 (agente etiológico desta doença) ratificaram o acesso desigual aos serviços de saúde. Conhecida como Covid-19, esta é uma doença infecciosa, que no presente momento ainda circula no mundo e chegou ao Brasil no início de 2020. Por ser uma doença que acomete as vias respiratórias e ser de fácil transmissão, fazem-se necessárias medidas de prevenção sobre o contágio do vírus. Contudo, a realidade nas periferias não condiz com a proposta da OMS sobre a necessidade do isolamento social.

Com a falta de saneamento básico, água encanada e potável, com alta densidade de pessoas vivendo por metro quadrado, fica claro que as ações globais de controle acerca da disseminação do vírus não foram descolonizadas, visto que para o cenário periférico, as estratégias de emergências não foram adequadas ao contexto e as especificidades locais (MACEDO et al., 2020).

Estratégias essas que são um aglomerado de planos de resposta às emergências em saúde pública, ou seja, são adoções de medidas urgentes de contenção de riscos, a fim de prevenir e controlar surtos e epidemias que já estejam ou que venham agravar a saúde pública.

Essas estratégias de emergência são criadas a partir da avaliação de fatores epidemiológicos, ambientais, geográficos, demográficos e climatológicos de cada região/local (BRASIL, 2014).

Vale destacar que as estratégias são planos que podem vir a ser alterados conforme a necessidade do local, momento e população, levando em consideração sempre a melhoria dessas estratégias, capacidade de execução e recursos acessíveis (BRASIL, op. cit.).

Para a população periférica, o básico se torna quase impossível. Este fato se aplica, por exemplo, sobre orientações que as organizações de saúde implementaram como forma de prevenção da disseminação do SARS-CoV-2.

O ato de lavar as mãos e ter um distanciamento físico são algumas das ações que são quase inaplicáveis na realidade da população periférica, visto que para que essas orientações sejam colocadas em prática, demanda que essa população em questão tenha uma estrutura - e isso não está empregado na realidade das comunidades.

A estrutura de uma periferia é desenhada por becos apertados, sem ventilação, com uma grande quantidade de casas amontoadas, além de possuir um alto número de moradores por habitação e falta de estrutura e saneamento básico adequados (MATOS et al., 2021).

Diante disso, realizar o isolamento social nestes locais torna-se mais difícil. Por não possuir uma infraestrutura adequada, higienizar as mãos corretamente e realizar outras ações básicas e necessárias de higiene no dia a dia, também se tornam dificultadas. Sendo assim, torna-se evidente que a população periférica tem sustentado, desde o início do desenvolvimento urbano, o ônus do resultado da urbanização injusta e segregadora que ocorreu nas grandes metrópoles do Brasil, pelo planejamento e ações governamentais estarem voltadas apenas para a burguesia – localizada nos grandes centros urbanos –, escancara-se ainda mais as desigualdades sociais (MATOS et al., op. cit.).

A exemplo disso têm-se a abordagem da Covid-19 como uma sindemia. Este conceito trata da interação entre diferentes doenças que relacionadas com as condições de saúde, evidencia as iniquidades estruturais presentes na sociedade brasileira. Estas interações resultam em mais malefícios para a população atuando de forma conjunta do que isoladamente (JÚNIOR e SANTOS, 2021).

De acordo com Júnior e Santos (2021, p. 3), Merrill Singer, autor do conceito de sindemia, afirma que: “sindemia é um conjunto de problemas de saúde intimamente interligados e que aumentam mutuamente, que afetam significativamente o estado geral de saúde de uma população no contexto de persistência de condições sociais adversas”.

Desta maneira, a maior ocorrência de uma sindemia é em situações de desigualdade e vulnerabilidade social, e diante da Covid-19 não foi diferente, pois existem diversas evidências de que a população vulnerável se tornou ainda mais vulnerável a infecções, tanto pelo SARS-CoV-2, quanto por outras doenças infecciosas e parasitárias com os determinantes sociais atuando sobre elas (JÚNIOR e SANTOS, op. cit.).

A exemplo disso têm-se as ações governamentais voltadas para duas linhas de execução a respeito da diminuição de casos da Covid-19: uma sobre a estruturação dos hospitais, aumento de leitos clínicos para terapia e suporte aos casos mais graves, e outra sobre a prevenção e controle dos mesmos (JÚNIOR e SANTOS, op. cit.). Apesar de esses fatores serem importantes

para a mitigação de uma doença, eles não se resumem e, sobretudo, não se aplicam a todas as populações sociais.

No combate a uma zoonose, é necessário que também existam ações para promoção da saúde com ênfase na diminuição das iniquidades sociais que possam ir além de mitigar casos individuais ou controlar doenças epidêmicas, mas que também desenvolvam políticas sociais e econômicas que favoreçam a população mais vulnerável da sociedade melhorando a atuação dos sistemas de saúde, a fim de diminuir a potência dos efeitos das doenças infecciosas e parasitárias que as interações zoonóticas causam e que acabam fortalecendo as desigualdades sociais (JÚNIOR e SANTOS, 2021).

Portanto, a precaução com a saúde está fortemente ligada à situação habitacional, como é possível constatar nesse trecho de Oliveira e outros colaboradores (2017):

[...] a complexidade do processo saúde-doença em áreas de vulnerabilidade socioambiental, onde as doenças da pobreza coexistem com as doenças crônicas não transmissíveis, com as causas externas de lesões, as condições de saneamento e dificuldades no acesso às medidas profiláticas, incluindo tratamento e medidas educativas. É nesse contexto que as infecções por parasitas intestinais (IPIs) perpetuam o ciclo doença-pobreza-doença, ao prejudicar a função cognitiva e o desempenho escolar e, conseqüentemente, as condições de empregabilidade (OLIVEIRA et al., 2017, p. 3915).

Sendo assim, a teoria zoonótica visa identificar como fatores políticos, econômicos, sociais e ambientais produzem e multiplicam as interações das doenças no campo populacional e a nível biológico (JÚNIOR e SANTOS, op. cit.).

No tocante ao enfrentamento da população periférica em relação a outras doenças infecciosas e parasitárias tais como dengue, hidrofobia, tracoma, úlcera de buruli, treponematoses endêmicas, hanseníase, Doença de Chagas, leishmaniose, cisticercose, equinococose, infecções alimentares por trematódeos, filariose linfática, oncocercose (cegueira dos rios), esquistossomose; e, helmintíases transmitidas pelo solo, o quadro não é diferente. De acordo com o Boletim Epidemiológico publicado no início deste ano pelo Ministério da Saúde (2021):

No Brasil, apesar dos avanços no controle, essas doenças persistem como problema de saúde pública, gerando impactos de diferentes naturezas às pessoas afetadas, suas famílias e comunidades, assim como para a sociedade em geral. As iniciativas globais para acelerar a eliminação destas doenças e a adoção dos ODS (Objetivos do Desenvolvimento Sustentável) ampliou a visibilidade deste grupo de doenças, na perspectiva de fortalecimento de uma ação integrada mais efetiva para controle e beneficiar as populações que vivem em condições de vulnerabilidade e iniquidades (BRASIL, 2021, [s/p]).

A falta de condições habitacionais e de infraestrutura expressos pelo escasso saneamento básico e água limpa, acabam por disseminar a infecção por algum agente infeccioso ou parasitário nas áreas periféricas, para além de outros serviços de saúde e recursos de direito obrigatórios dessa população. Dentre as doenças negligenciadas afirmadas no Brasil, as mais alarmantes são a leishmaniose visceral, dengue, Doença de Chagas e hanseníase (BRASIL, 2010).

A hanseníase, também conhecida como doença de Hansen (antigamente denominada lepra), é uma doença infecciosa causada pelo bacilo *Mycobacterium leprae* (*M. leprae*), única espécie demicobactéria que infecta nervos periféricos. Responsável por causar lesões cutâneas e nas mucosas do trato respiratório, como nariz e garganta, destrói os nervos periféricos levando a diminuição da sensibilidade térmica e, principalmente, do tato, podendo haver também o acometimento de outros órgãos, a exemplo dos olhos, fígado, baço e rins.

É uma doença transmitida através de gotículas (nariz e boca), sendo essa a mais provável via de entrada do microrganismo no corpo. Possui alta infectividade, mas baixa patogenicidade. O diagnóstico pode ser clínico e epidemiológico, sendo o clínico a partir do exame dermatoneurológico – para identificar lesões de pele com modificação da sensibilidade e laboratorial – ou exame baciloscópico complementar, realizado através de um esfregaço intradérmico (BRASIL, 2010; SOUTO-MARCHAND, 2017).

A dengue é uma doença infecciosa considerada como uma das mais importantes arboviroses que permeia o mundo. Transmitida através da picada do vetor *Aedes aegypti* (mosquito), os primeiros sintomas da dengue é a febre alta causada pelos quatro diferentes sorotipos do arbovírus do gênero flavivírus (agente etiológico): DENV-1, DENV-2, DENV-3 e DENV-4.

Não há transmissão direta de um indivíduo infectado para outro sadio, nem mesmo por fontes de água ou alimento. O diagnóstico se dá pelo exame clínico e confirmação laboratorial específica, por meio dos exames, como: virológico – identifica o patógeno e monitora o sorotipo viral circulante com técnica de isolamento viral pela PCR (reação em cadeia da polimerase); e sorológico – detecta anticorpos e inespecífico (hemograma completo) – recomendado em especial para pacientes lactentes (menores de 2 anos), gestantes, adultos acima de 65 anos e com comorbidades (BRASIL, op. cit.; SOUTO-MARCHAND, 2017).

A leishmaniose visceral (LV) é uma protozoose causada pelo protozoário *trypansomatídeos* (agente etiológico) do gênero *Leishmania* e espécie *Leishmania chagasi*, parasita intracelular caracterizado pela forma flagelada (infectante) ou amastigota (após sofrer a transformação) nas células do sistema fagocitário mononuclear. É uma doença também pelo seu

nome indiano Calazar, em que há febre de longa duração, perda de peso, anemia e outras manifestações, no qual muitos infectados são assintomáticos.

Na maioria dos casos, ocorre a evolução para óbito. É uma doença não contagiosa, transmitida pela picada de *flebotomíneos* da espécie *Lutzomyia longipalpis* através dos mosquitos-palha e que afeta não só humanos, mas também mamíferos como cachorros e roedores. O cão é a principal fonte de infecção do vetor na zona urbana, no qual as vezes precede até a ocorrência de casos em humanos. O diagnóstico é clínico, epidemiológico e laboratorial, no qual no Sistema Único de Saúde (SUS) se dá, principalmente, através de exames parasitológicos e imunológicos (BRASIL, 2010; SOUTO-MARCHAND, 2017).

A Doença de Chagas, por sua vez, foi descoberta pelo médico brasileiro Carlos Chagas e é uma doença parasitária que também possui o nome de Tripanosomíase americana e pode se manifestar de diversas formas. O agente etiológico é o protozoário *Trypanosoma cruzi*, transmitido pelas fezes do inseto denominado como barbeiro, que o deposita sobre a pele da pessoa infectada enquanto realiza o repasto sanguíneo da mesma, além de ser um microrganismo flagelado e da família *Trypanosomatidae*. Possui mais de quatro formas de transmissão, entre elas a vetorial, oral, transfusional e vertical.

No entanto, ainda assim, a forma mais importante de transmissão da doença são as vetoriais (via oral, por lesão da picada ou pela mucosa ocular). Apresenta duas fases: aguda – ocorre pouco tempo após a infecção; e crônica – possui desenvolvimento ao longo de muitos anos e o portador segue com os agravos derivados da doença até o fim de sua vida. Há diferença na fase aguda, no qual os sintomas são diferentes pela contaminação através do barbeiro ou da ingestão do parasita através de alimentos contaminados.

O diagnóstico na fase aguda ocorre através da detecção dos parasitos nos exames parasitológicos e fase crônica através da presença de anticorpos IgG por Imunofluorescência Indireta (IFI), Hemoaglutinação (HE) ou ELISA (BRASIL, op. cit.; SOUTO-MARCHAND, op. cit.).

O que propicia a proliferação dessas doenças é exatamente ausência de planos de eficiência em saúde e atenção do governo e a falta de atenção aos setores de base da população que foi, diante do crescimento urbano exacerbado, marginalizada e excluída para essas áreas periféricas (SILVA, 2010; BRASIL, 2021).

Desnutrição, analfabetismo e desemprego são alguns fatores ligados ao cotidiano da população periférica. Outros aspectos como a falta de remoção adequada de lixo, saneamento básico, água potável, casas aglomeradas e sem ventilação só favorecem as DIPs – que afetam a capacidade produtiva da população e, conseqüentemente, sua economia – gerando o chamado círculo vicioso, maximizando a pobreza e propiciando o surgimento de novas doenças (ANDRADE, 2015).

Portanto, falta de atenção e aplicação nos setores de base da população que é acometida pelas DIPs ocasiona no não investimento e financiamento em medicamentos ou tecnologias que visem acabar ou tratar essas infecções, o que acaba proporcionando a continuidade da pobreza, baixa qualidade de vida e ciclo vicioso das doenças (SILVA, 2010).

CAPÍTULO 2: A COMPREENSÃO DA RESISTÊNCIA DA POPULAÇÃO PERIFÉRICA FRENTE ÀS DOENÇAS INFECCIOSAS E ÀS POLÍTICAS PÚBLICAS INTEGRADAS NESSE PROCESSO

Tendo em vista que os fatores que levam a emergência e reemergência de DIPs são múltiplos, cabe destacar como a população periférica enfrenta toda a vulnerabilidade que o governo destina a elas perante essas doenças (LUNA, 2002). Para além da Covid-19, não se constata, no momento, ações planejadas para o enfrentamento das outrasdoenças já existentes no território brasileiro (SEGURADO et al., 2016).

De 5% a 10% da população brasileira reside em favelas, sendo o estado do Rio de Janeiro o único da Região Sudeste que possui mais de 10% da população vivendo em periferias. Perante a massiva população residente nas periferias do Brasil e com a emergência e reemergência de doenças infecciosas e parasitárias, urge a necessidade de combatê-las e de serem criadas políticas públicas que ofereçam suporte a população residente neste local, não sendo somente responsabilidade da população periférica desenvolver formas de enfrentamento para tais doenças (BOEHM, 2020).

De acordo com uma pesquisa desenvolvida pelos institutos Data Favela e Locomotiva e encomendada pela Comunidade Door, apenas 5% dos entrevistados respondeu que acredita que o Governo pode contribuir para a melhora da vida, sendo que os outros 95% foram distribuídos em: fé, igreja ou Deus, família, prefeito da cidade e através de ações pessoais (BOEHM, op. cit.). Na reportagem de Camila Boehm, publicada em 2020, tal realidade se explica com base na afirmação de Renato Meirelles, presidente do Instituto Locomotiva:

A primeira leitura normalmente diz que as pessoas estão querendo resolver mais por conta própria as deficiências do Estado, mas o que a gente vê na prática é que, depois de tantos anos com uma atribulação política muito grande, eles não acreditam mais que a solução virá de fora, eles não têm mais tempo para esperar políticas públicas ou privadas para melhorar de vida (BOEHM, 2020).

Dessa forma, através das faltas de políticas públicas e da atenção do governo para a realidade nas periferias, a população periférica busca no seu dia a dia se reinventar e suportar as consequências das mazelas governamentais derivada das doenças negligenciadas presentes nesse local. Uma das necessidades para o combate às DIPs presentes na periferia é a valorização da vigilância epidemiológica.

A execução deste serviço é ainda mais complexa quando se trata desse quadro de doenças. Além desse fator, há também a carência na detecção e no diagnóstico das doenças infecciosas e parasitárias, sendo indispensável que haja a capacitação de profissionais que ajudem neste processo, como os médicos, enfermeiros, analistas clínicos, entre outros, podendo haver a investigação das prováveis implicações na descoberta ou no desenvolvimento de uma doença (LUNA, 2002).

Ademais desses fatores, é de extrema importância que exista uma maior atenção aos laboratórios de saúde pública, para que haja a detecção das doenças emergentes e reemergentes de forma organizada e com uma alta complexidade de suporte, sendo necessário não só os laboratórios de patologia clínica, microbiologia, virologia, imunologia e parasitologia, mas também zoologia, micologia, entre outros (LUNA, *op. cit.*).

Considerando essas razões, uma alternativa que a população periférica encontra para enfrentar às doenças infecciosas e parasitárias é através do Sistema Único de Saúde (SUS), que tem seus princípios pautados na Constituição de 1988 e define a saúde como um “direito de todos e dever do Estado”, já citada neste trabalho. O tratamento de algumas doenças como a tuberculose, leishmaniose e hanseníase está vinculado diretamente ao SUS, onde é realizada a distribuição dos medicamentos à população, mesmo nos casos clínicos mais graves e de assistência hospitalar (COSTA, 2018).

Existe também a tentativa de prevenção e redução de doenças, a exemplo da raiva, em casos de alta exposição ao vírus, sendo oferecido diretamente à vacina antirrábica (aos animais domésticos e profissionais da saúde expostos) e o tratamento adequado, produzido e fornecido pelos laboratórios do governo diretamente para o SUS (COSTA, *op. cit.*).

Não obstante, têm-se um exemplo claro e atual de serviço oferecido pelo SUS atualmente para o combate de uma doença infecciosa: a produção de vacinas contra a Covid-19. O governo federal, através de estratégias com o Ministério da Saúde e em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), conseguiu produzir e distribuir para a população as vacinas contra a Covid-19.

Mais um passo de extrema importância para a sociedade brasileira, porém não é o único necessário para a população, sobretudo, periférica (ISMEP, 2022). A pandemia da Covid-19 acabou gerando impactos no atendimento e tratamento das doenças infecciosas e parasitárias, sobretudo as negligenciadas, interrompendo campanhas de administração de medicamentos em massa, rastreamento ativo de casos, pesquisas e intervenções (OPAS, 2022).

Isso por que, através de dados comparativos do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), foi possível perceber que doenças como a leishmaniose e dengue tiveram a taxa de mortalidade elevada durante o período da pandemia. Dessa forma, acredita-se que esse fato se sucedeu pelo medo da população procurar assistência à saúde diante do aumento de casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) durante a pandemia de Covid-19 (GANDRA, 2022).

O Sistema de Informações Hospitalares (SIH) é responsável pelo prestamento do número de internações hospitalares financiadas pelo SUS (BRASIL, [s/d]). Esses números são expressos não só com dados que carregam informações das causas da hospitalização, mas também de aspectos diagnósticos, geográficos, demográficos e do custo de recursos para cada internação. Sendo assim, o SIH é responsável pelo monitoramento das avaliações da qualidade de atenção à saúde através da assistência hospitalar (BRASIL, [s/d]).

Através de uma análise quantitativa e descritiva do número de internações mensais, gastos, taxas de mortalidade e permanência média nos hospitais por algumas doenças negligenciadas, foi possível ter noção, por meio de números, o quanto a população pobre ainda é acometida pelas DIPs diariamente e como a pandemia de COVID-19 veio para desfocar, ainda mais, as atenções governamentais, médicas e farmacológicas das doenças negligenciadas (DIAS; FACCINI-MARTÍNEZ; OLIVEIRA, 2020).

Pesquisadores da Faculdade Medicina da Universidade Federal de Uberlândia (Famed/UFU) juntamente com um pesquisador da Universidade de Córdoba fizeram um estudo comparativo sobre algumas DIPs no contexto pandêmico (impactos, efeitos secundários – como ocorrência de doenças endêmicas - e etc.).

Constatou-se, com a ajuda dos dados fornecidos pelo SIH, que a leishmaniose visceral e malária apresentaram um decréscimo no número de pessoas internadas nos oito primeiros meses de 2020 em, respectivamente, 43,59% e 29,51%, comparado as médias de 2017 a 2019 (anos anteriores a pandemia). Já a dengue, tendo feito as mesmas comparações, teve um acréscimo de 23,47% nas internações (DIAS; FACCINI-MARTÍNEZ; OLIVEIRA, op. cit.).

Seguindo o padrão, essas comparações entre os anos anteriores, a pandemia e os oito primeiros meses de 2020 também serviram para as taxas de mortalidade, sendo que a leishmaniose, malária e dengue apresentaram aumentos de 32,64%, 82,55% e 14,26%, respectivamente.

Isso significa que, de 2017 a 2019, ocorreram em média 3,58 óbitos por internações em decorrência da leishmaniose, 0,80 por malária e, 0,85 por dengue (DIAS; FACCINI-MARTÍNEZ; OLIVEIRA, op. cit.).

Fazendo uma análise dos oito primeiros meses de 2020, evidenciou-se que as taxas de mortalidade dessas doenças permaneceram elevadas durante muitos meses, pois a média de óbitos por leishmaniose aumentou para 4,75, a malária para 1,46 e a dengue para 0,97. O tempo de internação por essas DIPs foi calculado em uma média de 13,08 dias para leishmaniose, 4,28 dias por malária e, 3,18 dias por dengue (DIAS; FACCINI-MARTÍNEZ; OLIVEIRA, 2020).

Vale destacar que, independentemente de existirem planos de combate às doenças negligenciadas, ainda não há estratégias governamentais efetivas que sustentem toda a demanda por mudanças macroestruturais nas periferias, como a redução da pobreza, educação e saneamento básico, visto que é necessário que haja diretrizes mais programáticas para que de fato esse combate ocorra (OLIVEIRA, 2018).

Em relação aos planos de combate das doenças, o princípio de ação foi em 2003, quando o Ministério da Saúde lançou um edital sobre a tuberculose. Nos anos seguintes, deu continuidade a essa forma de elucidação da sociedade acerca das doenças que estavam provocando epidemias na população lançando mais um edital, dessa vez sobre a dengue e no ano seguinte lançou sobre a hanseníase (SANTOS, 2019).

Assim, gerou-se o Programa de Pesquisa e Desenvolvimento em Doenças Negligenciadas no Brasil, no qual sete doenças foram definidas como prioridades de pesquisa naquele momento: esquistossomose, malária, leishmaniose, Doença de Chagas, dengue e tuberculose. O que definiu a priorização dessas sete doenças foram os dados epidemiológicos, demográficos e o impacto que essas doenças causam na população (SANTOS, op. cit.).

Além dos editais, ao longo dos anos o Ministério da Saúde também lançou um plano integrado de ações estratégicas para a erradicação de algumas doenças, como a filariose, oncocercose, esquistossomose, hanseníase e tracoma, onde esse plano ficaria vigente de 2011 a 2015. O objetivo seria promover uma resposta adequada a esse grupo de doenças, visto que através de pesquisas foi possível constatar que o SUS não estaria capacitado a resolver os agravos gerados por essas doenças na saúde da população (SANTOS, op. cit.).

Portanto, de acordo com esses fatores, constata-se que o enfrentamento da população periférica acerca das doenças negligenciadas não se restringe apenas a falta de tratamento medicamentoso, pois com esses planos de ação e combate, fica claro que a medicação preventiva e de tratamento compreende apenas uma das estratégias desenvolvidas pela OMS, a fim de controlar a epidemiologia e taxas de incidência em populações com risco de doença ou infecção (SANTOS, op. cit.).

Cumpra informar que, a epidemiologia é ciência que estuda os problemas de saúde em pequenas ou grandes populações, no qual oferece dados essenciais para a prevenção, controle e tratamento das doenças em foco a partir dos fatores condicionantes e determinantes sociais que favorecem este processo, denominado como saúde-doença.

Isso se explica pelo fato do tratamento medicamentoso ser uma das ações voltadas para a eliminação das doenças negligenciadas, no qual é através da medicação preventiva seria possível controlar as morbidades causadas por algumas doenças específicas, como: oncocercose; esquistossomose; helmintíases transmitidas pelo solo, entre outras (SANTOS, 2019).

Levando em conta esses aspectos, observa-se que a análise das epidemiologias causadas pelas doenças negligenciadas é de extrema importância, visto que o impacto social na qualidade de vida da população acometida é muito expressivo, tanto no campo físico e biológico, quanto cognitivo. Por isso, há a necessidade de pesquisas, investimentos e ações emergenciais da OMS, do governo e das indústrias farmacêuticas no controle e na erradicação dessas doenças do solo brasileiro, como bem é caracterizado no trecho de Araújo-Jorge e colaboradores (2014), a seguir:

As doenças negligenciadas, ou doenças infecciosas da pobreza [...] devem ser encaradas como um entrave ao desenvolvimento social e econômico do Brasil, pois impedem a melhoria da qualidade de vida da população e promovem um ciclo de pobreza e miséria constante. Portanto, controlar as doenças promotoras da pobreza é requisito básico para o Brasil enfrentar a miséria quebrando o círculo vicioso instalado há séculos em nossa sociedade e reduzindo o quadro da desigualdade (ARAÚJO-JORGE et al., 2014).

Tendo esses aspectos mencionados, é de extrema importância que a promoção da educação que intensifique na periferia. Isso porque diante de conhecimentos científicos e populares, surge a produção de novos saberes e, conseqüentemente, apropria os indivíduos a fornecer a plena saúde para a população residente nas periferias (SANTOS, op. cit.).

Além disso, programas, projetos e ações sociais são bases de apoio nas periferias para garantir melhores condições de vida aos moradores. A exemplo, têm-se o trabalho da organização não-governamental Redes da Maré que visa garantir políticas públicas eficazes para a melhorar a vida de 140 mil moradores de todas as favelas pertencentes do Complexo da Maré, periferia localizada na Zona Norte do Rio de Janeiro. A Redes da Maré promove arte e cultura, bem como fomenta iniciativas de defesa de direitos urbanos e socioambientais, direito à segurança, educação, entre outras (REDES DA MARÉ, 2022).

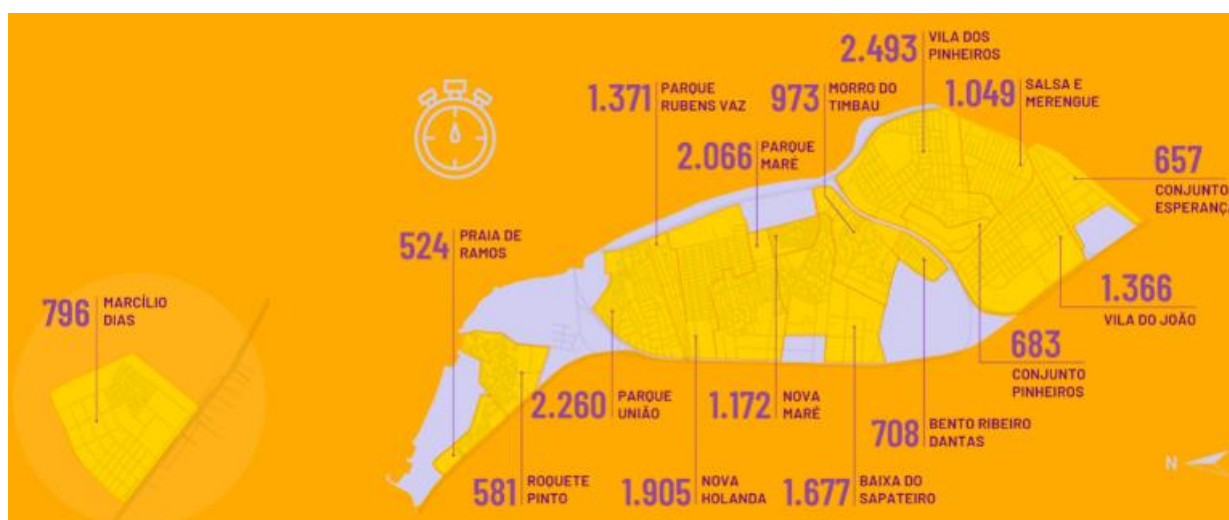
Um outro fator de extrema importância que torna iniciativas como essa necessárias é o baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) nas periferias. Como exemplo, têm-se o próprio Complexo da Maré, no qual o IDH é de 0,722, sendo o quarto pior do município do Rio de Janeiro.

A população residente na Maré também possui renda familiar e escolaridade abaixo da média. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a taxa de alfabetização de adultos é de 89,46%, com renda *per capita* de R\$ 187,25 (WIKIRIO, 2018).

O maior conjunto de favelas do Rio de Janeiro denominado como Complexo da Maré fica localizado às margens da Baía de Guanabara, limitado entre a Avenida Brasil, Linha Amarela e Linha Vermelha (LOURENÇO, 2017).

A região recebeu esse nome porque durante o início de sua existência, era uma grande manguezal, com casas construídas de palafitas. Sendo o 9º bairro mais populoso da cidade, o Complexo conta com mais de 140 mil moradores e é composto por 16 favelas distintas, sendo elas: Baixa do Sapateiro; Conjunto Esperança; Conjunto Bento Ribeiro Dantas; Conjunto Pinheiro; Morro do Timbau; Marcílio Dias; Nova Holanda; Nova Maré; Parque Maré; Rubens Vaz; Parque União; Praia de Ramos; Roquete Pinto; Salsa e Merengue; Vila do João; e, Vila do Pinheiro. Com efeito, é possível observar por meio da Figura 1 (abaixo), a divisão territorial do Complexo da Maré.

FIGURA 1- COMPLEXO DA MARÉ



Fonte: Redes da Maré (2020).

Uma das referências educacionais dentro da Maré é o Centro de Estudos e Ações Solidárias da Maré (CEASM), organização não-governamental que atua na comunicação, memória, cultura e, sobretudo, no ensino para jovens e adolescentes do bairro que visam ingressar nas escolas técnicas e universidades públicas (LOURENÇO, op. cit.).

Embasada na proposta educacional de Paulo Freire, a instituição propõe uma educação libertadora, prazerosa e crítica, atendendo a necessidade dos estudantes. Existente há quase 25 anos no território mareense, o CEASM que gerou a criação da Redes da Maré, no qual formalizou-se em 2007 (CEASM, 2020).

Dessa forma, fica claro que a base de ensino proveniente das organizações não-governamentais (ONGs) dentro das comunidades trazem uma capacidade crítica socioespacial ainda mais forte e necessária para os estudantes sobre o território em que se vive e as informações que acabam não chegando até lá. Eles buscam entrar em espaços (como em universidades e escolas técnicas) rompendo as barreiras da segregação oriundas do capitalismo e de todo o preconceito com pessoas pobres e periféricas, reivindicando os direitos que pertencem a todos e não só aos privilegiados do processo de urbanização (LOURENÇO, 2020).

No contexto da pandemia da Covid-19, o Redes da Maré foi responsável por auxiliar e contribuir a população mareense no enfrentamento do novo vírus, levando informações apuradas, auxiliando no combate a fome durante este período, dando dicas para um melhor controle de propagação do vírus a partir de um isolamento social seguro, oferecendo uma melhor comunicação no território, além de criar campanhas de vacinação mais descontraídas (REDES DA MARÉ, 2022).

Diversos projetos são de extrema importância para tornar o enfrentamento da população periférica frente as DIPs, como por exemplo: Conexão Saúde – fornece testes gratuitos do Sars-Cov-2; Maré de notícias, Vacina Maré – ação de parceria com a Fiocruz e Secretaria Municipal de Saúde, entre outros. Sendo assim, observa-se que instituições como a Redes da Maré fornece apoio e visa atribuir a população pertencente na periferia seus direitos básicos de saúde, moradia e educação, fatores que deveriam ser executados pelo governo (REDES DA MARÉ, op. cit.).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base na discussão dos aspectos relacionados a vulnerabilidade da população periférica frente as DIPs, o desenvolvimento deste estudo possibilitou constatar que a população que foi marginalizada pelos avanços da urbanização e que carece de investimentos governamentais básicos fica ainda mais vulnerável perante as doenças negligenciadas, emergentes e reemergentes.

Sendo assim, esta pesquisa objetivou de forma geral, analisar os fatores que tornam a população periférica brasileira mais vulnerável frente às doenças infecciosas e parasitárias negligenciadas, ademais dos atuais esforços realizados pelas políticas públicas brasileiras.

Além disso, especificamente, também intensificou a identificação das questões político-sociais relacionadas a vulnerabilidade da população periférica brasileira frente às doenças infecciosas e parasitárias negligenciadas, compreendendo como essa população enfrenta essas doenças, não só abordando as políticas públicas integradas a esse processo, mas também explicitando a importância da educação, da promoção da saúde e do incentivo à rede de serviços de saúde da Atenção Primária.

Constatou-se a ausência de políticas públicas que visem assegurar a vida e saúde de qualidade para a população periférica, visto que nas favelas e periferias, como no caso da Maré, estão presentes fatores que favorecem a perpetuação de doenças, tais como: falta de saneamento básico; infraestrutura; e, água encanada. Perante tal realidade, foi evidenciado que não existem pesquisas, nem mesmo inovações que busquem tratar as doenças negligenciadas, mesmo em tempo de grande aperfeiçoamento em testes, vacinas, diagnósticos e tecnologias na saúde.

Não à toa, isso acontece pela falta de investimento na erradicação dessas doenças, visto que pela população acometida ser pobre, o retorno financeiro para as grandes indústrias farmacêuticas seria baixo.

Então, não há perspectivas de investimento governamental, nem tampouco das indústrias farmacêuticas em diminuir os índices de infecção gerado por essas doenças negligenciadas, pois com a chegada da Covid-19, todas as ações de combate, investimento, pesquisa, diagnóstico e desenvolvimento de fármacos ou vacinas foram voltadas para o SARS-CoV-2.

Portanto, urge a necessidade de criação e implementação de políticas públicas para que as populações de favelas e periferias, por direito, passem a ser atendidos em seus territórios, a fim de mitigar a negligência das DIPs.

Perante toda essa problemática, é entendido que este trabalho possui relevância social, sobretudo para às populações favelizadas e periféricas, as quais carecem também de informações de qualidade. Não apenas as doenças são negligenciadas, mas também os conhecimentos acerca da gravidade das DIPs, bem como os dados sobre o acometimento delas. Pretendeu-se expressar, por exemplo, a taxa de mortalidade e o número de casos de DIPs, por pessoa nas favelas e periferias.

No entanto, estes dados não foram encontrados para tal finalidade. Isso representa não só a negligência, no que diz respeito às DIPs, mas também em relação às informações acerca do acometimento destas pelas populações.

Diante do exposto, faz-se necessário que haja esforços, por parte do corpo governamental, a fim de erradicar estas doenças dos territórios favelizados e periféricos, investindo principalmente em profissionais da saúde, laboratórios específicos, diagnóstico, pesquisa, tratamento e produção de fármacos e vacinas, começando por voltar o olhar para a origem de toda a reprodução e propagação das DIPs nos referidos territórios.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, B. L. A. de. *A produção do conhecimento em doenças negligenciadas no Brasil: uma análise bioética dos dispositivos normativos e da atuação dos pesquisadores brasileiros*. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Bioética, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília. Brasília: UnB, 2015. 169 p.

ARAÚJO-JORGE, T.; MATRACA, M.; NETO, A. M., TRAJANO, V.; D'ANDREA, P.; FONSECA, A. Doenças Negligenciadas, erradicação da pobreza e o Plano Brasil sem miséria. In: CAMPELLO, T.; FALCÃO, T.; COSTA, Patricia Vieira da. *O Brasil sem miséria*. Brasília: MDS, 2014.

BARATA, R. B. *Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde*. [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. Disponível em [http://www.livrosinterativoseditora.fiocruz.br/desigualdades/epub/#epubcfi\(/6/14\[x1_-_O_que_queremos_dizer_com_desigualdades_sociais_em_sa_de\]/4\[x1_-_O_que_queremos_dizer_com_desigualdades_sociais_em_sa_de\]/2\[_idContainer039\]/2\[table001-1\]/4/2/2/1:0\)>](http://www.livrosinterativoseditora.fiocruz.br/desigualdades/epub/#epubcfi(/6/14[x1_-_O_que_queremos_dizer_com_desigualdades_sociais_em_sa_de]/4[x1_-_O_que_queremos_dizer_com_desigualdades_sociais_em_sa_de]/2[_idContainer039]/2[table001-1]/4/2/2/1:0)>). Acesso em: 28 jul. 2021.

BERGAMO, K. A saúde de quem vive em favelas. Publicado em: 25 nov. 2016. Atualização em: 01 dez. 2017. *Veja Saúde* [online]. Disponível em: <<https://saude.abril.com.br/medicina/a-saude-de-quem-vive-em-favelas/>>. Acesso em: 18 out. 2021.

BEZERRA, A. *Saiba mais: zoonoses negligenciadas e saúde pública*. Publicado em: 13 mar. 2017. Disponível em: <<https://www.icict.fiocruz.br/node/3503>>. Acesso em: 19 out. 2021.

BIO-MANGUINHOS. *Esquistossomose e outras doenças parasitárias*. Publicado em: 25 jun. 2018. Disponível em: <<https://www.bio.fiocruz.br/index.php/br/esquistossomose-e-outras-doencas-parasitarias>>. Acesso em: 08 jul. 2022.

BOEHM, C. *Moradores de favelas movimentam R\$ 119,8 bilhões por ano: Brasil tem 13,6 milhões de pessoas morando em comunidades*. Publicado em: 27 jan. 2020. Disponível em: <<https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2020-01/moradores-de-favelas-movimentam-r-1198-bilhoes-por-ano>>. Acesso em: 12 mar. 2022.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília (DF): Centro Gráfico do Senado Federal, 1988.

_____. DATASUS. *Proporção de internações hospitalares (SUS) por grupos de causas – D.13*. [s/d]. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/LivroIDB/2edrev/d13.pdf>>. Acesso em: 18 jul. 2022.

_____. *Doenças Parasitárias*. [Verbetes - Serviços e Informações do Brasil]. Publicado em: 11 mar. 2020. Disponível em: <<https://www.gov.br/pt-br/servicos-estaduais/doencas-parasitarias-1>>. Acesso em: 08 jul. 2022.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE / SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. *Boletim Epidemiológico: Doenças Tropicais Negligenciadas*. [número especial]. Brasília (DF): MS-SVS, mar., 2021.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Doenças negligenciadas: estratégias do Ministério da Saúde*. [Departamento de Ciência e Tecnologia, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos]. REV. Saúde Pública, vol. 44, n. 1, p. 200-202, 2010.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE AMBIENTAL E SAÚDE DO TRABALHADOR. *Plano de Resposta às Emergências em Saúde Pública*. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2014.

BUSS, P. M.; FILHO, A. P. A Saúde e seus Determinantes Sociais. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, vol. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CANETTIERI, T. Uma nova segregação metropolitana: as periferias fractais – evidências encontradas na Região Metropolitana de Belo Horizonte. *Revista Brasileira de Estudos Urbanos e Regionais*, v. 17, n. 2, p. 25-39, 2015. DOI: <<http://dx.doi.org/10.22296/2317-1529.2015v17n2p25>>.

CARVALHO, A.; GUEDES, A.; FERNANDES, M.; CARVALHO, J. *Doenças Infecciosas & Parasitárias*. [Aula 11 – Grupo 1 – Apresentação em PDF]. Disponível em: <[http://professor.pucgoias.edu.br/SiteDocente/admin/arquivosUpload/18497/material/Aula%2011.%20Doen%C3%A7as%20Infecciosas%20e%20Parasit%C3%A1rias%20\(Grupo%201\).pdf](http://professor.pucgoias.edu.br/SiteDocente/admin/arquivosUpload/18497/material/Aula%2011.%20Doen%C3%A7as%20Infecciosas%20e%20Parasit%C3%A1rias%20(Grupo%201).pdf)>. Acesso em: 07 jul. 2022.

CENTRO DE ESTUDOS E AÇÕES SOLIDÁRIAS DA MARÉ. *Centro de Estudos e Ações Solidárias da Maré (CEASM): sua história de (re)existência e a construção de uma memória de lutas*. Publicado em: 01 ago. 2020. Disponível: <<https://jornalocidadeo.net/centro-de-estudos-e-acoes-solidarias-da-mare-ceasm-sua-historia-de-reexistencia-e-a-construcao-de-uma-memoria-de-lutas/>>. Acesso em: 18 jul. 2022.

COSTA, F. A. C. As Doenças Negligenciadas e o Sistema Único de Saúde. [Editorial]. *ReonFacema*, vol. 4 (esp.), p. 902-903, 2018.

DIAS, N. L. C.; FACCINI-MARTÍNEZ, Á. A; OLIVEIRA, S. V. de. *Análise das internações e mortalidade por doenças febris, infecciosas e parasitárias durante a pandemia de COVID-19 no Brasil*. [SciELOPreprints, 2020]. <https://doi.org/10.1590SciELOPreprints.1502>. Disponível em: <<https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/1502>>. Acesso em: 18 jul. 2022.

GANDRA, A. *Taxa de mortalidade de doenças negligenciadas aumenta durante pandemia: Internações diminuíram no mesmo período*. Publicado em: 30 nov. 2022. Disponível em:

INSTITUTO OSWALDO CRUZ. *Nota Técnica n.1 de 2011*. Assunto: Embasamento técnico e sugestões para ações de controle das doenças da pobreza no programa de erradicação da pobreza extrema no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz/Diretoria, 2011.

INSTITUTO SANTA MARTA DE ENSINO E PESQUISA. *Com vacina nacional, Brasil avança na autossuficiência para produção de imunizantes contra Covid-19*. Publicado em: 23 fev. 2022. Disponível em: <<https://www.ismep.com.br/com-vacina-nacional-brasil-avanca-na-autossuficiencia-para-producao-de-imunizantes-contracovid-19/>>. Acesso em: 12 mar. 2022.

JÚNIOR, J. P. B.; SANTOS, D. B. dos. COVID-19 como sindemia: modelo teórico e fundamentos para a abordagem abrangente em saúde. [Ensaio]. *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 37, n. 10, p. 1-14, 2021. DOI:10.1590/0102-311X00119021.

LOURENÇO, L. A. F. Cartografias da Decolonialidade: o ensino de geografia no bairro Maré. [Práticas Pedagógicas]. Rio de Janeiro, *Giramundo*, v. 4, n. 8, p. 77-89, jul.-dez., 2017.

LUNA, E. J. A. A emergência das doenças emergentes e as doenças infecciosas emergentes e reemergentes no Brasil. São Paulo, *Rev. Bras. Epidemiol.*, v. 5, n. 3, p. 230-243, 2002.

MACEDO, Y. M.; ORNELLAS, J. L.; BOMFIM, H. F. do. COVID-19 nas favelas e periferias brasileiras. *Boletim de Conjuntura (BOCA)*, Boa Vista, v. 2, n. 4, p. 0-1, 2020.

MARQUES, F. A OMS apresenta um roteiro de desafios para mudar até 2030. O panorama das moléstias tropicais negligenciadas. *Pesquisa FAPESP*, ano 22, n. 302, abr., p. 43-49, 2021.

MATOS, T. N. A.; SILVEIRA, T. S.; CARVALHO, C. O. de. O isolamento social no contexto da COVID-19: como a pandemia é sentida no “Quarto de Despejo” da cidade? *Revista Brasileira de Direito Urbanístico*, Belo Horizonte: Fórum, v. 7, n. 12, p. 157–179, 2021.

OLIVEIRA, R. G. de. Sentidos das Doenças Negligenciadas na agenda da Saúde Global: o lugar de populações e territórios. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 23, n. 7, p. 2291-2302, jul., 2018. DOI: 10.1590/1413-81232018237.09042018.

OLIVEIRA, R. T. Q. de; IGNACIO, C. F.; NETO, A. H. M. de; BARATA, M. M. de. Matriz de avaliação de programas de promoção da saúde em territórios de vulnerabilidade social. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 22, n.12, dez., p. 3915-3932, 2017. DOI <https://doi.org/10.1590/1413-812320172212.24912017>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Constituição da Organização Mundial da Saúde*. [Universidade de São Paulo, Biblioteca Virtual de Direitos Humanos]. Publicado em: 22 jul. 1946. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>. Acesso em: 28 jul. 2021.

_____. *Primeiro relatório da OMS sobre doenças tropicais negligenciadas: avanços para superar o impacto global de doenças tropicais negligenciadas*. Genebra: OMS; 2012. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/primeiro_relatorio_oms_doencas_tropicais.pdf. Acesso: 1 mar. 2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Ministros da Saúde das Américas fazem acordo para fortalecer ações de prevenção às doenças transmitidas por vetores*. Publicado em: 25 set. 2018. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/25-9-2018-ministros-da-saude-das-americas-fazem-acordo-para-fortalecer-aco-es-prevencao>. Acesso em: 15 out. 2021.

_____. *Doenças tropicais negligenciadas: OPAS pede fim dos atrasos no tratamento nas Américas*. Publicado em: 28 jan. 2022. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/28-1-2022-doencas-tropicais-negligenciadas-opas-pede-fim-dos-atrasos-no-tratamento-nas#:~:text=A%20pandemia%20de%20COVID%2D19,e%20retomada%20gradualmente%20em%202021>. Acesso em: 12 mar. 2022.

REDES DA MARÉ. *Uma cidade chamada Maré - Censo Populacional 2019*. Disponível em: <https://www.redesdamare.org.br/br/artigo/171/uma-cidade-chamada-mare-censo-populacional-2019>. Acesso em: 24 mar. 2022.

ROSÁRIO, M. S.; OLIVEIRA, M. L. de; LIMA, C. de A. et al. Doenças tropicais negligenciadas: caracterização dos indivíduos afetados e sua distribuição espacial. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*, Vitória, vol. 19, n. 3, p. 118-127, jul.-set., 2017.

SANAR SAÚDE. *Determinantes Sociais da Saúde - DSS: Conceito, importância, modelos e mais!* Publicado em: 11 dez. 2019. Disponível em: <<https://www.sanarsaude.com/portal/carreiras/artigos-noticias/determinantes-sociais-da-saude-dss-tudo-sobre>>. Acesso em: 6 out. 2021.

SANTOS, C. S.; GOMES, A. M. T.; SOUZA, F. S.; MARQUES, S. C; LOBO, M. P.; OLIVEIRA, D. C. de. Representações sociais de profissionais de saúde sobre doenças negligenciadas. Representações sociais e doenças negligenciadas. Rio de Janeiro, *Esc. Anna Nery*, vol. 21, n. 1, p. 1-9, 2017. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20170016>.

SEGURADO, A. C.; CASSENOTE, A. J.; LUNA, E. de A. Saúde nas metrópoles – doenças infecciosas. *Estudos Avançados*, vol. 30, n. 36, p. 29-42, 2016. DOI: 10.1590/S0103-40142016.00100003.

SENADO FEDERAL. Os muitos males provocados pela falta de saneamento. In: Senado Federal. *Em Discussão: os principais debates do Senado Federal*, ano 7, n. 27, p. 6-15, mai., 2016.

SILVA, M. O. da Silva e. Pobreza, desigualdade e políticas públicas: caracterizando e problematizando a realidade brasileira. *Rev. Katál. Florianópolis*, v. 13, n. 2, p. 155-163, jul.-dez., 2010.

SOUTO-MARCHAND, A. S. de. *Doenças infecciosas e suas correlações com indicadores socioeconômicos e demográficos: estudo ecológico em diferentes estados brasileiros*. Tese de Doutorado. Pós-Graduação em Medicina Tropical, Instituto Oswaldo Cruz, Maria Deane / Fiocruz. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017. 120 f.

VENTURA, C. A. A. Determinantes Sociais de Saúde e o uso de drogas psicoativas. SMAD, *Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas*, Ribeirão Preto, vol. 10, n. 3, set.-dez., 2014.

WALDMAN, E. A. *Vigilância em Saúde Pública*. [vol. 7 – colaboração de ROSA, T. E. da C. R. Série Saúde & Cidadania – Para gestores municipais de serviços de saúde]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998.

WALDMAN, E. A.; SATO, A. P. S. Trajetória das doenças infecciosas no Brasil nos últimos 50 anos: um contínuo desafio. *Revista Saúde Pública*, São Paulo, vol. 50, n. 68, p. 1-18, 2016. DOI:10.1590/S1518-8787.2016050000232.

WIKIRIO. *IDH dos bairros da cidade do Rio de Janeiro*. Publicado em: 23 abr. 2018. Disponível em: <https://www.wikirio.com.br/IDH_dos_bairros_da_cidade_do_Rio_de_Janeiro>. Acesso em: 18 jul. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Working to overcome the global impact of neglected tropical diseases*. WHO: Geneva, 2011.

YAZBEK, M. C. Pobreza e exclusão social: expressões da questão social no Brasil. *Temporalis*, ano II, n.3, jan.-jun., p.33-40, 2001.