

Situação: O preprint foi submetido para publicação em um periódico

Vigilância civil em saúde, estudos de população e participação popular

Raphael Mendonça Guimarães, Thalyta Cássia de Freitas Martins, Viviane Gomes Parreira Dutra, Mariana Passos, Laís Pimenta Ribeiro dos Santos, Matheus Moutinho Crepaldi, João Roberto Cavalcante

<https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.3224>

Submetido em: 2021-11-17

Postado em: 2021-11-19 (versão 1)

(AAAA-MM-DD)

saúde

EM DEBATE

ENSAIO | *ESSAY*

Vigilância civil em saúde, estudos de população e participação popular

Critical perspective of social participation in health surveillance

Raphael Mendonça Guimarães

Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV)
– Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

raphael24601@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0003-1225-6719>

Thalyta Cássia de Freitas Martins

Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

enfermeirathalyta@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-6225-7245>

Viviane Gomes Parreira Dutra

Universidade Estácio de Sá (Unesa) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

vivi_parreira@yahoo.com.br

<https://orcid.org/0000-0001-6939-742X>

Mariana dos Passos Ribeiro Pinto Basilio de Oliveira

Universidade Estácio de Sá (Unesa) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

maripassosrp@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0003-2628-0023>

Laís Pimenta Ribeiro dos Santos

Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

lais.pimentars@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-1225-3908>

Matheus Moutinho Crepaldi

Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

matheusmoutinhosc@hotmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-5479-4016>

João Roberto Cavalcante

Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

joao.rcs@hotmail.com

<https://orcid.org/0000-0003-2070-3822>

RESUMO Muitas barreiras impedem a defesa da equidade na saúde, especialmente aquelas que dificultam a participação popular. Em meados dos anos 90, Victor Valla propõe a incorporação da participação da população à prática da vigilância em saúde, por meio da educação popular de Paulo Freire. Este contraponto às práticas tradicionais da vigilância, nomeadas vigilância civil da saúde, se somam à concepção ampliada de saúde, e possuem forte ligação com a perspectiva crítica da epidemiologia enquanto meio de compreender a relação dialética entre classes sociais e seus espaços vividos. A prática da vigilância civil pretende superar lacunas importantes deixadas pelos métodos tradicionais de investigação em saúde pública, como falta de atenção aos contextos socioculturais, a construção do risco localizada somente no indivíduo e a representação de agendas de saúde pública que privilegiam e patologizam certos comportamentos. Neste sentido, o presente trabalho debate o conceito de vigilância civil da saúde, o locus de discussão dos estudos de população na reificação do papel do efeito contextual para a explicação da produção social da saúde e a incorporação da participação popular à vigilância em saúde como elemento de transformação social. O aprofundamento desta discussão, no limite, permite uma construção participativa de novos modelos de saúde focados na redução efetiva das iniquidades em saúde e, conseqüentemente, universalização efetiva do direito à saúde.

PALAVRAS-CHAVE Vigilância em saúde. Vigilância civil da saúde. Educação popular e saúde. Participação popular.

ABSTRACT *Many barriers impede the defense of health equity, especially those that hinder social participation in health. In the mid-1990s, Victor Valla proposed incorporating the population's participation into health surveillance through Paulo Freire's popular education. This counterpoint to traditional surveillance practices, then called civil health surveillance, is added to the expanded concept of health, and has a strong connection with the critical perspective of epidemiology to understand the dialectical relationship between social classes and their lived spaces. The practice of civil surveillance aims to overcome essential gaps left by traditional methods of public health investigation. It includes a lack of attention to socio-cultural contexts, the construction of risk located only in the individual, and the representation of public health agendas that privilege and pathologize certain behaviors. In this sense, this paper discusses concept of civil health surveillance, the locus of discussion of population studies in the reification of the role of the contextual effect in explaining the social production of health and the incorporation of popular participation in health surveillance as an element of social transformation. The deepening of this discussion allows a participatory construction of new health models focused on the effective reduction of health inequities and, consequently, the effective universalization of the right to health.*

KEYWORDS *Health surveillance. Civil health surveillance. Popular education and health. Popular participation.*

Introdução

A publicação das Leis Orgânicas de Saúde (8.080 de 19 de setembro de 1990; e 8.142, de 28 de dezembro de 1990), instituíram os princípios doutrinários e operacionais do Sistema Único de Saúde (SUS), incluindo as formas de participação popular na gestão colegiada do sistema de saúde. Trata-se de um importante ganho para os direitos sociais e humanos no Brasil. A

vigilância em saúde, por sua vez, é considerada uma das funções essenciais da saúde pública. Esse modelo de atenção tem como lógica a integração de ações que compreendam a situação de saúde da população do território, extrapolando os espaços institucionalizados do sistema de serviços de saúde¹.

No Brasil, a vigilância em saúde é considerada um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados relacionados à saúde, para o planejamento e implantação de políticas públicas incluindo a regulação, intervenção e atuação em condicionantes e determinantes da saúde, para a proteção e promoção da saúde da população, prevenção e controle de riscos, agravos e doenças². Operacionalmente, apresenta os componentes de vigilância epidemiológica, promoção da saúde, vigilância da situação de saúde, vigilância em saúde ambiental, vigilância da saúde do trabalhador, e vigilância sanitária³. Dentre os processos de trabalho, há a produção de análises que subsidiem o estabelecimento de prioridades e estratégias, monitoramento e avaliação das ações de saúde pública que, de maneira rotineira e sistemática, podem ser desenvolvidas em serviços de saúde públicos e privados nos vários níveis de atenção, laboratórios, ambientes de estudo e trabalho e na própria comunidade⁴.

Em 12 de julho de 2018, foi instituída a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), por meio da Resolução nº 588/2018 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), para nortear o planejamento das ações de vigilância em saúde nas três esferas de gestão do SUS⁵. A PNVS é definida como uma política pública de Estado, de caráter universal, transversal e orientadora do modelo de atenção à saúde nos territórios, que necessita para sua efetivação, do fortalecimento e articulação com outras instâncias do sistema de saúde⁶.

As estratégias de articulação não-institucionais, em oposição, não tem destaque.

Em meio às históricas críticas à vigilância em saúde tradicional, Victor Vincent Valla desenvolveu, em meados dos anos de 1990, o conceito de vigilância civil da saúde, representando uma forma de compreender a vigilância em saúde que agrega a participação popular por meio de processos como a construção compartilhada do conhecimento. A proposta, estruturada a partir do conceito de educação popular de Paulo Freire, constitui um método de construção de uma nova consciência social⁷. Dessa forma, a ideia de Valla⁸ se baseava em realizar “uma epidemiologia do cotidiano, desenvolvida pelos setores populares juntamente com profissionais interessados na proposta”. Dito isso, o objetivo deste ensaio é debater o conceito de vigilância civil da saúde, o locus de discussão dos estudos de população na reificação do papel do efeito contextual para a explicação da produção social da saúde, e a incorporação da participação popular à vigilância em saúde como elemento de transformação social.

Estudos populacionais e a produção social da doença

As necessidades de saúde e condições de saúde de uma população não podem ser mensuradas ou conhecidas sem o correto conhecimento de seu tamanho e características. O planejamento de saúde pública só é possível quando se conhece a composição da população alvo das intervenções, de forma a conhecer quem são os mais vulneráveis e, por conseguinte, estabelecer quais são as prioridades das medidas a serem implementadas⁹. A saúde pública traz em sua forma de se organizar aspectos conceituais e teóricos voltados para ação no campo da vigilância em saúde, com dimensões biológicas e individuais¹⁰. Portanto, certos fatores individuais, como gênero e grupos etários; e contextuais, como a escolaridade e condições de vida e moradia são essenciais para o sucesso das medidas sanitárias.

No Brasil, há uma marcada complexidade no cenário epidemiológico: há um efeito de polarização, em que as desigualdades regionais acabam por marcar diferenças importantes entre os distintos entes federativos no país¹¹. Face ao desafio de ter um sistema de saúde único, integrado e universal, idealizou-se um modelo alternativo de atenção à saúde que articulasse e integrasse as ações adequadas às especificidades da situação de saúde em cada território, contando com a integração de conhecimentos de diferentes áreas do conhecimento, como a medicina, a geografia, as ciências sociais aplicadas e a estatística^{12,13}. Neste sentido, é importante ressaltar o lugar da demografia como ciência social aplicada, e que se vale, além do método, da contextualização social das mudanças quantitativas no padrão e no nível dos indicadores sociais. A demografia está preocupada com esta caracterização e compreensão da dinâmica populacional, ou seja, como populações mudam em resposta às tendências da fecundidade, mortalidade e migração¹⁴. Diante disso, a análise da estrutura populacional do presente e do futuro exige uma reflexão das componentes demográficas ao longo do tempo. Ratifica-se, portanto, a relevância das características demográficas no planejamento pelos profissionais de saúde pública¹⁵. Inclui-se aqui características que envolvem o conjunto de normas e convenções sociais, bem como a estrutura e a organização de classes sociais¹⁶.

De fato, a avaliação da saúde e da doença por meio da medição da mortalidade e morbidade é um aspecto central das disciplinas demográficas. O tamanho, composição e distribuição da população são os principais atributos que ajudam a entender o nível de acesso e utilização dos serviços de saúde, bem como apontam o perfil de morbimortalidade de subpopulações. Neste sentido, a demografia da saúde considera os aspectos da saúde nos dois

níveis de saúde - nível individual e nível populacional. A relação intrínseca entre os níveis individual e populacional é que imprime o caráter processual, e não estanque, da produção da saúde e da doença.

Determinação social da doença no contexto das populações

A primeira vez em que a conexão entre o *status* social de uma pessoa e desfechos em saúde foi feita há aproximadamente 40 anos, num conjunto de relatórios do *Whitehall Studies*, na Inglaterra, realizado entre funcionários públicos de um banco estatal. Naquele momento, ao comparar estratos de trabalhadores, todos com relativa estabilidade, mas com atribuições e status funcionais distintos (especialmente salários e certos benefícios trabalhistas), observou-se que, quanto maiores as vantagens sociais e trabalhistas, maior a expectativa de vida e melhor a saúde dos trabalhadores¹⁷. Isso se tornou conhecido como gradiente social, e não se refere apenas à renda, mas a um conjunto de fatores socioeconômicos, e da maneira como eles concedem às pessoas maior autonomia e controle de suas vidas, incluindo a percepção sobre a posição social. Trata-se de um estudo pioneiro no desenvolvimento da epidemiologia social. Alguns anos mais tarde, estes fatores foram denominados determinantes sociais da saúde¹⁸. Fatores como renda, educação formal, classe social e trabalho foram sendo elaborados de forma a construir um complexo modelo de causalidade que incluía fatores individuais (modificáveis ou não), fatores coletivos e fatores contextuais, até hoje largamente utilizado para explicar a origem e a história natural das doenças^{19,20}.

Internacionalmente, a determinação social em saúde tem sido considerada uma questão emergente no campo da saúde pública. No Brasil, esta discussão não é recente, e há diversos autores com uma extensa contribuição a este debate, com alguns elementos conceituais importantes para o escopo desta fundamentação²¹. O principal deles diz respeito às distintas abordagens das ciências sociais pela saúde pública. Inicialmente, a discussão de dados epidemiológicos de uma forma menos elaborada, induziu a criação de modelos teóricos que incluíam aspectos sociais, mas desconectados entre si, e que eram abordados como fatores de risco da mesma ordem que estilos de vida, padrão de consumo ou fatores não modificáveis, como sexo, idade e raça/cor da pele. Esta abordagem é conhecida como o modelo de determinantes sociais da saúde²². Os estudos mais recentes definem cinco dimensões: estabilidade econômica; educação; contexto social e comunitário; saúde e assistência à saúde; e ambiente e vizinhança²³. Cada uma delas reflete uma série de questões-chave que compõem os fatores subjacentes. Por exemplo, a estabilidade econômica inclui emprego e pobreza, assim

como o contexto social e comunitário inclui discriminação e coesão social, e o ambiente inclui a organização espacial, urbanização e situações de crime e violência.

Considera-se, inicialmente, para a construção deste modelo teórico, características individuais e coletivas através de categorias explicativas para a ocorrência de agravos em saúde: os determinantes fixos ou biológicos, como a idade e sexo; os determinantes econômicos e sociais, como a posição, o estrato social e a pobreza; os ambientais, como a qualidade do ar e da água; os de estilos de vida, incluindo a alimentação, atividade física, tabagismo e álcool; e aspectos mais globais, como o acesso aos serviços de saúde²⁴. Contudo, no limite, nas palavras de Garbois et al.²⁵, “a noção de determinantes sociais da saúde reforça a polaridade estabelecida entre o ser biológico e o ser social”, e a análise de sua situação de saúde – se é que esta denominação é adequada – é dissecada entre profissionais da área de saúde dura, como médicos, enfermeiros e nutricionistas; e entre os profissionais da área mais social, como psicólogos e assistentes sociais, como se estes elementos estivessem desconectados.

A crítica a este modelo trouxe a necessidade de uma nova abordagem, que convencionou-se chamar de determinação social, numa clara tentativa de superação ao modelo fixo dos determinantes. Este paradigma, por sua vez, compreende um conjunto de elementos, de estrutura e coesão social, que são dinâmicos por definição. Desta forma, consideram não só os indicadores e os modelos de causalidade, mas como eles vão modificando e sendo modificados pelo cotidiano das relações e da conjuntura política e econômica²⁶. Esta noção é bastante marcada, cabe destacar, por referenciais do materialismo histórico, com ênfase nos processos de produção e reprodução social²⁷.

A tensão provocada pelo conflito entre estes dois paradigmas vem sendo alvo de críticas há décadas. Um exemplo que marca é a análise crítica realizada por Nogueira²⁸ ao relatório sobre determinantes sociais de saúde divulgados pela Organização Mundial de Saúde, em 2008. Neste documento oficial, a OMS inclui indicadores sociais nos modelos teóricos sobre o processo saúde doença. No entanto, descarta qualquer contribuição das ciências sociais e políticas, tratando os determinantes como mais um elemento a ser considerado para a explicação – mas não para intervenção – das políticas públicas internacionais. Embora enfatize a necessidade de diminuir as desigualdades em saúde em todo o mundo por meio de um amplo conjunto de políticas sociais, o relatório acaba por explicitar a contribuição da epidemiologia sobre a métrica destes indicadores, mas apresenta pouco sobre como lidar com as marcadas diferenças locais entre classes e contextos sociais²⁹.

Este relatório, vale ressaltar, representou à época um retrocesso à discussão cunhada por volta dos anos 1970, pela corrente médico-social latino-americana, de determinação social

da saúde³⁰, trazendo um 'social' fragmentado, insuficiente para analisar as mudanças sociais da contemporaneidade, especialmente em países com uma profunda heterogeneidade social, como é o caso do Brasil.

A mudança de paradigma dos determinantes para a determinação é, sem dúvida, um avanço no estudo dos aspectos não biológicos do processo saúde doença. Isto se deve ao fato de que a determinação assume um novo enfoque e marco de referência explicativo das relações entre os diversos níveis – individual, coletivo, comunitário e contextual – e a situação de saúde³¹. Com isto, a possibilidade de intervenção nas condições de vida aumenta substancialmente, seja através de programas, seja através de políticas mais consolidadas e de longo prazo. A este respeito, Rocha & David³² destacam que, na definição de políticas públicas, dada a sua natureza de disputa, a adoção de uma ou outra perspectiva pode apoiar (ou não) uma ação mais ou menos focada, dependendo de como alguém estruturará esses processos políticos de implementação.

A determinação social do processo saúde doença está traduzido, portanto, nas condições nas quais as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem. Essas circunstâncias são definidas pela distribuição de renda, poder e recursos nos níveis global, nacional e local, que afetam um amplo conjunto de riscos para a saúde e a qualidade de vida²⁰. São exemplos de dimensões da determinação: disponibilidade de recursos para atender às necessidades diárias, acesso a oportunidades educacionais, econômicas e de emprego, acesso a serviços de saúde, disponibilidade de equipamentos e recursos comunitários para suporte social e oportunidades para atividades recreativas e de lazer, segurança pública, apoio social, exposição à violência e desordem social e condições socioeconômicas (como por exemplo a concentração de riqueza e pobreza absoluta)²¹.

Políticas públicas e a dimensão social da vida

No Brasil, o processo de democratização da saúde, a partir da Carta Magna de 1988, e na sequência com a criação do Sistema Único de Saúde, induziu as políticas públicas intersetoriais a adotar uma concepção ampliada de atenção à saúde, com ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação³³. Para que estas ações sejam factíveis, é necessário considerar a possibilidade de a erradicação das iniquidades sociais, através da adequação das prioridades sanitárias segundo a necessidade de atenção aos diversos contextos locais, ainda marcados por dificuldades na acessibilidade aos bens materiais e imateriais e oportunidades sociais.

Neste sentido, Latour³⁴ defende uma nova abordagem ao social, que o compreenda como ponto de chegada, de convergência, e não como ponto de partida. Isto significa que se deve analisar os fenômenos naturais (inclusive os processos de adoecimento) a partir dos sociais, e não o contrário. Para isso, além de quantificar a realidade através de indicadores, é necessário analisar subjetivamente, e a partir deste olhar qualitativo conseguir compreender o processo saúde doença³⁵.

Houve, para este fim, a criação, em 2006, da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde, com o objetivo de promover estudos sobre os determinantes sociais, e avançar nos seus mecanismos de causalidade, com vistas à recomendação de políticas para a promoção da equidade em saúde para o enfrentamento das iniquidades de saúde³⁶.

Participação popular e vigilância participativa

É preciso resgatar que, a partir de fins dos anos 1970 e início da década de 1980, o campo da saúde atravessou um importante momento no Brasil. A discussão sobre a crise da saúde no país ganhou fôlego mobilizando profissionais, instituições, políticas e população. A implicação deste debate extrapolava a área da saúde em seu sentido mais estrito, uma vez que trazia questionamentos e proposições acerca da organização da vida em sociedade, incluindo diferentes atores nessa construção³⁷. A redemocratização, e as conquistas sociais que seguiram após, culminando na promulgação da Constituição Federal em 1988, modificaram a ideia de controle social, passando a ser entendida como participação popular na formulação, acompanhamento e verificação das políticas públicas³⁸.

Esses movimentos sociais exercem um papel fundamental no campo da saúde coletiva. Hoje os movimentos sociais são muitos e diversos, e isso é consequência do processo histórico de amadurecimento da cidadania e construção da própria democracia, da diversidade do país e de interesses dos diversos atores. Além disso, esses diversos movimentos sociais expressam diferentes formas de luta, de acordo com as dificuldades para a reprodução social da vida que os atores enfrentam nos ambientes físico, político e cultural em que estão imersos³⁹. De fato, as lideranças comunitárias possuem uma história de conquistas com relação às melhorias das condições de vida em relação ao que são consideradas fragilidades estruturais⁴⁰. Neste sentido, um importante campo em que a articulação entre a sociedade civil e os serviços de saúde mostrou eficácia é o campo da vigilância em saúde, principalmente com as ações de análise de saúde no território.

Originalmente, a construção da vigilância epidemiológica no mundo ocidental seguiu um padrão de origem militar de controle de métodos biológicos baseados somente na identificação e mitigação, imunização e desenvolvimento de terapias, sem estímulo da participação popular. Neste aspecto, apesar das informações serem vitais para a análise e o monitoramento das condições de saúde da população, a vigilância em saúde no Brasil ainda se organiza de maneira autoritária, e isto se reflete na carência da noção de responsabilidade civil e na dificuldade de resposta a novas epidemias no mundo, como acontece na pandemia da COVID-19⁴¹. Em oposição a esta noção, a vigilância participativa se apresenta como um método oportuno para empoderar a população a exercer a sua cidadania e apoiar governos na identificação de localidades⁴². Esta perspectiva abandona a construção mais tradicional da epidemiologia a favor de uma forma mais crítica vis-à-vis a complexidade do mundo contemporâneo.

Das origens da epidemiologia à perspectiva crítica

A partir do século XVII, quando ainda não havia clareza do desenvolvimento de patologias e a concepção do corpo humano estava fortemente associado a um instrumento de trabalho, emergiu o interesse em realizar quantificações de eventos vitais, como nascimentos e óbitos, para posterior análise dos padrões de adoecimento da população, dando abertura à dimensão coletiva da saúde⁴³.

Com o desenvolvimento da microbiologia no século XIX, ocorreu uma inevitável valorização da relação microrganismo-homem como principal causa da ocorrência de doenças. O modelo uni causal para explicação da ocorrência de doenças foi sustentado pela ocorrência de grandes epidemias de doenças infecciosas que levou à necessidade de adoção de estratégias específicas para seu enfrentamento, com adoção de medidas de controle de contágio, incluindo o isolamento social e a vacinação compulsórios. Neste cenário, a epidemiologia, enquanto disciplina, emerge e se consolida em uma linha eminentemente biologicista, assumindo centralidade derivada da patologia e da clínica. Neste período destaca-se o desenvolvimento de pesquisas sobre doenças transmissíveis motivadas pelo interesse econômico e marcadas pela observação de fenômenos. A unicausalidade era fundamentada na busca de novos agentes etiológicos, na descoberta das formas de transmissão de doenças e na proposição de base da terapêutica e da prevenção por vacinas⁴⁴. Para a análise de dados por meio da quantificação foram desenvolvidos métodos e técnicas que deram origem à estatística e, tomando por base a análise cartesiana, a comparação passaram a preponderar na construção do conhecimento em

saúde. A formalização da epidemiologia como campo se deu, então, por fundamentação matemática e lógica, excluindo outras abordagens para análise de saúde⁴⁵.

A expansão econômica iniciada no século XIX e que se estendeu pelo século XX levou a reformas sociais que resultaram na melhoria geral das condições de vida das populações levando ao aumento das expectativas de vida. O conseqüente envelhecimento populacional modificou o perfil de morbidade e mortalidade, marcado pela diminuição na ocorrência de doenças infecciosas e parasitárias e aumento na ocorrência de doenças crônico-degenerativas. O novo padrão de adoecimento das populações provocou significativas transformações nos modelos de estudo da causalidade das doenças, de modo a se abarcar a complexidade dos processos que passaram a ser constituídos⁴⁶. Como resultado, a partir das décadas de 1970 e 1980 surge uma outra corrente da epidemiologia que contesta seus limites, sob o ponto de vista do positivismo e da clínica, e inclui variáveis sociais como determinantes do processo saúde-doença para compreensão global dos problemas de saúde.

Os estudos desta nova concepção induziram o estudo de novas abordagens em saúde pública e estão frequentemente interessados em investigar o modo pelo qual as condições sociais influenciam e determinam o processo saúde-doença das populações, o que tem gerado uma crescente articulação entre a epidemiologia e as ciências sociais. A nova corrente passa a ser denominada por alguns estudiosos como epidemiologia social⁴⁷. O avanço desta perspectiva contribuiu, em grande medida, à construção de uma linha de pensamento mais arrojada, e que foi central na criação da epidemiologia crítica.

Na América Latina, a epidemiologia crítica ganha espaço a partir da discussão a respeito da equidade social e da necessidade de incluir outros elementos, além dos de base biológica clássica, nas análises epidemiológicas. A construção de um modelo de causalidade centrado em determinantes sociais da doença apresenta-se como uma tentativa de superar o referencial teórico-positivista da epidemiologia clássica ou convencional⁴⁸. Em contraposição à epidemiologia clássica, que estuda a distribuição de agravos e seus determinantes em uma população a partir de características físicas e biológicas, a epidemiologia crítica tem como foco principal o estudo do modo pelo qual a sociedade e os diferentes modos de organização social influenciam a saúde e o bem-estar dos indivíduos e dos grupos sociais, possibilitando a incorporação de suas experiências para a melhor compreensão de como, onde e porque se dão as desigualdades na saúde⁴⁹. Para que seja possível assumir esta dimensão na investigação epidemiológica, é necessária atenção às teorias, conceitos e métodos relacionados às ciências sociais, tais como: expressão biológica da desigualdade social; discriminação; gênero, sexismo e sexo; privação (material e social); curso de vida; exclusão social; entre outros⁵⁰.

Ampliando essa discussão incorpora-se à epidemiologia crítica elementos da antropologia, que assume que um mesmo signo pode ter diferentes significados, dependendo de indivíduos e de seu contexto cultural. Neste sentido, as fronteiras entre normal-patológico e saúde-doença seriam estabelecidas pelas experiências de enfermidade em diferentes culturas⁵¹. Desta forma, indivíduos portadores de doenças e ou agravos podem ser frequentemente identificados como indivíduos ativos e sem limitações, enquanto limitações e incapacidades podem ser reconhecidas em indivíduos sem qualquer tipo de doença⁵².

Ainda sobre a relação entre saúde e aspectos culturais, a narrativa da epidemiologia crítica é a de que a saúde não se reduz a uma mera adaptação a normas, mas refere-se, sobretudo, à capacidade normativa singular. Assim, a percepção de saúde implica em abertura a reajustamentos paradigmáticos, instituição de novas normas, comunicação simbólica, e reconhecimento de uma realidade intersubjetiva⁵³. A epidemiologia crítica é definida a partir do estudo interdisciplinar e intercultural dos processos que determinam a produção e distribuição da saúde coletiva. Ela engloba o conjunto das relações sociais, ideias e práticas organizadas que os seres humanos realizam, com interesses estratégicos impostos pelo sistema político-econômico, de acordo com sua inserção econômica, afiliação de classe, cultura e gênero, bem como estratégias no domínio individual. Estes processos devem ser estudados em conjunto para desvendar as raízes socioambientais dos problemas de saúde⁵⁴.

Apesar do declínio das doenças infecciosas, característico da segunda metade do século XX, ter contribuído para a introdução do estudo da determinação social do processo saúde-doença na compreensão da causalidade das doenças, a expectativa gerada da erradicação das doenças infecciosas não se realizou⁵⁵. Ao contrário, elas cada vez mais tem distribuição desigual entre os diferentes indivíduos e os diferentes grupos sociais. Na determinação da emergência e reemergência das doenças infecciosas está envolvido um elevado número de fatores, que podem ser organizados em múltiplas dimensões: demográfica, social e política, econômica, ambiental e desempenho do setor saúde⁵⁶. A epidemiologia, quando considerada nas suas dimensões social e crítica, revela-se como geradora de conhecimento científico essencial para a produção de dados que possibilitam análise ampliada de processos de saúde e de adoecimento considerando individualidades e contextos político, econômico e social de uma determinada sociedade, em determinado momento histórico. Surge então a necessidade de discutir a prática da vigilância, que não cabe mais em recursos operacionais ou mecanismos coercitivos de investigação e protocolos de intervenção. Requer, sobretudo, um alinhamento às práticas populares e à indução da participação popular.

É verdade que a vigilância em saúde tem seu histórico moldado cultural e epistemologicamente sob os alicerces da prerrogativa de uma cientificidade universal, na ideia de segurança social e o critério imperativo de urgência. A prerrogativa da cientificidade é pautada no modelo biomédico e clínico que conduz a uma vigilância de “casos”. A perspectiva deste modelo, concebido como uma “ciência dura”, não permite a concepções críticas e emancipadoras de que o saber popular se configura como uma forma legítima de conhecimento sobre a saúde. A ideia de segurança social, por sua vez, é fundamentada sob a ótica da vigilância em saúde tradicional, e pressupõe a necessidade de que o Estado necessita impor um controle social, assumindo uma postura prescritiva¹². O critério imperativo de urgência revela, finalmente, uma cultura da “ditadura da urgência”⁵⁷. Nela, as ações de saúde são utilizadas como instrumentos de dominação sobre a comunidade, a partir da justificativa da necessidade premente de uma intervenção efetiva que a proteja do risco de epidemias e do abalo da ordem social. Desta forma, se estabelece com a população uma relação dominante que se distancia absolutamente da participação legítima popular nas políticas e ações de saúde. Termos tradicionais oriundas desta concepção de vigilância epidemiológica, tais como “inteligência epidemiológica”⁵⁸ “braço armado” da Epidemiologia⁵⁹ e “informação para ação”, evidenciam a relação vertical “dos promotores de saúde” com a sociedade, vista como incapaz de ser protagonista de seu processo de produção de saúde e necessitando ser salva.

Vigilância civil e participação popular

O arcabouço epistemológico e cultural imposto pela vigilância em saúde tradicional foi amplamente criticado pela denominada Epistemologia do Sul de Boaventura de Sousa Santos⁶⁰ que traz a concepção de que as ciências sociais dominantes, produzidas no Norte, como o modelo biomédico, tem caráter altamente regulatório. Com isso, a legitimidade do conhecimento se limita aos saberes e práticas oriundos dos Estados Unidos da América e Europa, e nada para além desta perspectiva tem relevância científica. Segundo o autor, as grandes teorias das ciências sociais produzidas em países do norte não se ajustam a nossas realidades sociais. Além disso, as experiências muito locais, não muito conhecidas nem legitimadas pelas ciências sociais hegemônicas, são hostilizadas pelos meios de comunicação social, e por isso têm permanecido invisíveis, desacreditadas. Neste sentido, o autor sugere a criação de “subjetividades rebeldes” contrapondo-se à “ação conformista”⁶¹.

A concepção de educação popular de Paulo Freire encontrou eco no discurso sobre as epistemologias do Sul de Boaventura de Sousa Santos. O autor impôs severas críticas a “ciência

da norma culta” e exaltou o saber popular como um saber científico e emancipatório. Esta dimensão territorial atribuída às ações de vigilância foi um meio propício para a abordagem emancipatória das comunidades. Isto se dá, sobretudo, quando se compreende a dimensão territorial na perspectiva de Milton Santos⁶², em que o território é compreendido como um espaço existencial que transcende a dimensão física, mas local onde constroem-se resistências populares e ambientes de solidariedade e onde a vigilância em saúde deve ser realizada com a participação da comunidade, de forma coerente à realidade da população e a partir da dinâmica da troca permanente de conhecimentos e saberes técnico-científicos e populares.

Não obstante aos avanços decorrentes da implementação do SUS, os modelos formais de vigilância em saúde continuavam a ser questionados, assim como Porto⁶³ faz ao indagar “em que medida podemos pensar a vigilância em seu caráter emancipatório, bem como seus limites nos tempos atuais?”. O autor realizou um contraponto entre a vigilância em saúde vigente no Ministério da Saúde e no SUS, de caráter operacional e pautada no controle de agravos específicos e uma proposta alternativa da vigilância da saúde, embasada nos princípios da saúde coletiva e da Reforma Sanitária, de forma a consolidar o setor saúde como promotor de políticas estratégicas de transformação social e enfrentamento das desigualdades sociais, intervindo sobre os determinantes sociais da saúde. Ao final, esta parece ser a saída para a transformação social.

Conclusões

O conceito de vigilância civil e as suas relações com estratégias de articulação não-institucionais, ausentes dos textos normativos do Ministério da Saúde, reforça a prática coercitiva recorrente da vigilância em saúde no Brasil. Mesmo após anos de disputa teórica sobre as concepções em saúde, e mesmo com a incorporação de elementos do campo das ciências sociais, puras ou aplicadas, ainda temos uma prática de epidemiologia descaracterizada dos efeitos contextuais que explicam a forma de fazer saúde. Os estudos de população, e a demografia em particular tem trazido valiosas contribuições neste sentido. A abrangência da epidemiologia social, em oposição à epidemiologia clínica; e a perspectiva da epidemiologia crítica são reorientadores da práxis do campo da saúde que merecem cada vez mais destaque.

A ideia de “Construção compartilhada do conhecimento”, agregada à vigilância civil da saúde, foi um termo cunhado de forma coletiva. A ideia central do conceito é fundamentada na concepção de que “sujeitos com saberes diferentes, porém não hierarquizados, se relacionam a partir de interesses comuns” e podem exercer posições de poder de intervenção nos processos

que condicionam a vida. Nesta direção, o conceito de vigilância civil da saúde é amplamente influenciado pela concepção da epidemiologia comunitária, baseada em um processo ativo de participação popular, desde o diagnóstico da situação de saúde, um instrumento de autoconsciência da comunidade.

A interseção destes aspectos é expressa de forma contundente na ideia de Victor Valla, ao problematizar a realidade local, promover relação de diálogos e escuta, usar múltiplas linguagens e metodologias de valorização da realidade local, com empoderamento comunitário. Ao final, o legado de Valla não se dá apenas no campo da educação popular *per se*, mas para rever toda a forma de pensar as práticas em saúde que, no limite, definem o modelo de atenção à saúde do país. Somente desta forma será possível romper com o paradigma vigente da vigilância, passando a um monitoramento da determinação social dos processos de saúde, voltado para a transformação social.

Referências

1. Arreaza ALV. Epidemiologia crítica: por uma práxis teórica do saber agir. *Ciencia e Saúde Coletiva* 2012; 17(4): 2001-2013.
2. Guimarães RM et al. Os desafios para a formulação, implantação e implementação da Política Nacional de Vigilância em Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2017; 22(5): 1407-1416.
3. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 3.252, de 22 de dezembro de 2009. Aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde. *Diário Oficial da União* 2009; 23 dez. 31.
4. Brasil. Portaria GM Nº 1.378, de 9 de julho de 2013. Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. *Diário Oficial da União* 2013; 9 jul.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução MS/CNS nº 588, de 12 de julho de 2018. Fica instituída a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), aprovada por meio desta resolução. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF)*, 2018 ago 13; Seção 1:87.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Relatório final da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde. Disponível em:

http://conselho.saude.gov.br/16cns/assets/files/relatorios/Relatorio_Final_1_CNVS.pdf. Acesso em 25 de junho de 2021.

7. Stota E. Entre a academia e a rua: Victor Vincent Valla (1937-2009). *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2009; 13(31): 461-466.
8. Valla VV. Educação popular e conhecimento: a monitoração civil dos serviços de saúde e educação nas metrópoles brasileiras. In: Stota EN, Valla VV (org). *Participação popular, educação e saúde: teoria e prática* Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993. p. 103-112.
9. Persson G *Demography and public health*. *Scandinavian Journal of Public Health*,. 2006; 34(Suppl 67): 19–25.
10. Waldman EA. *Os 110 anos de Vigilância em Saúde no Brasil*. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2012; 21(3): 365-6.
11. Schramm JMA et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2004; 9: 897-908.
12. Sevalho G. *Apontamentos críticos para o desenvolvimento da vigilância civil da saúde*. *Physis*. 2016; 26(2): 611-32.
13. Arreaza ALV, Moraes JC. *Vigilância da saúde: fundamentos, interfaces e tendências*. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010; 15(4): 2215-28.
14. UNPD. *World Population Prospects: The 2012 Revision, New York, DESA, Population Division*. Disponível em: <http://esa.un.org/unpd/wpp/index.htm>. Acesso em 16 mai 2019.
15. Pol LG, Thomas RK. *The demography of health and healthcare*. New York: Springer, 2013.
16. Duffy BJ, Behm H. *Demography and Public Health*. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*. 1964; 42(2): 276- 286.
17. Marmot M, Shipley MJ, Rose G. *Inequalities in health: Specific explanations of a general pattern?* *Lancet*. 1984; I:1003–1006.
18. Marmot M. *Commentary: Social determinants and the health gap: creating a social movement*. *Int J Epidemiol*. 2017;46(4):1335-1339.
19. Marmot M, Bell R. *Social inequalities in health: a proper concern of epidemiology*. *Ann Epidemiol*. 2016; 26(4):238-40.
20. Marmot M. *Déterminants sociaux de la santé : santé publique et pratique clinique*. *Rev Med Suisse*. 2019; 15 (640): 461.
21. Marmot M. *The Disease of Poverty*. *Sci Am*. 2016; 314(3): 23-4.

22. Albuquerque GSC, Silva MJS. *Sobre a saúde, os determinantes da saúde e a determinação social da saúde*. Saúde em Debate. 2014; 38(103): 953-965.
23. U.S. DOHHS. *Secretary's Advisory Committee on Health Promotion and Disease Prevention Objectives for 2020*. Healthy People 2020: An Opportunity to Address the Societal Determinants of Health in the United States. Washington, 2010.
24. Carrapato PC, Pedro e Garcia B. *Derminante da saúde no Brasil: a procura da equidade na saúde*. Saúde e Sociedade. 2017; 26(3): 676-689.
25. Garbois JA *et al*. *Determinantes sociais da saúde: o "social" em questão 1*. Saúde e Sociedade. 2014; 23(4): 1173-1182.
26. Borghi CMSO, Oliveira RM, Sevalho G. *Determinação ou determinantes sociais de saúde: texto e contexto na américa latina*. Trabalho, Educação e Saúde. 2018; 16(3), 869-897.
27. Fernandez JCA. *Determinantes culturais da saúde: uma abordagem para a promoção de equidade*. Saúde e Sociedade. 2014; 23(1), 167-179.
28. Nogueira RP. *Determinantes, determinação e determinismo sociais*. Saúde em Debate. 2009; 33(83): 397-406.
29. Sobral A, Freitas CM. *Modelo de organização de indicadores para operacionalização dos determinantes socioambientais da saúde*. Saúde e Sociedade. 2010; 19(1), 35-47.
30. Garbois JA *et al*. *Noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde*. Saúde em Debate. 2017; 41(112): 63-76.
31. Buss PM, Pelegrianni AF. *A saúde e seus determinantes sociais*. Physis. 2007; 17(1): 77-93.
32. Rocha PR, David HMSL. *Determination or determinants? A debate based on the Theory on the Social Production of Health*. Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2015; 49(1): 129-135.
33. Fiorato RC, Elui VMC. *Determinantes sociais da saúde, iniquidades e inclusão social entre pessoas com deficiência*. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2009; 23(2): 329-336.
34. Latour B. *Reagregando o social: uma introdução à teoria do ator-rede*. Edufba; Salvador; Bauru: Edusc, 2012.
35. Santos SSBS, Melo CMM. *Avaliação da descentralização da vigilância epidemiológica para a equipe de saúde da família*. Ciência & Saúde Coletiva. 2008; 13(6): 1923-1932.

36. Pellegrini Filho A. *Public policy and the social determinants of health: the challenge of the production and use of scientific evidence*. Cadernos de Saúde Pública. 2011; 27 (Suppl.2):135-140.
37. Bispo Júnior JP, Gerschman S. Potencial participativo e função deliberativa: um debate sobre a ampliação da democracia por meio dos conselhos de saúde. Cien Saude Colet 2013; 18(1):7-16.
38. Stotz E. Trajetória, limites e desafios do controle social do SUS. Saúde em Debate. 2006; 30(73/74): 149-160.
39. Gohn MG. Movimentos sociais na contemporaneidade. Revista Brasileira de Educação. 2011; 16(47): 333-361.
40. Juliano EFGA, Malheiros TF, Marques RC. Lideranças comunitárias e o cuidado com a saúde, o meio ambiente e o saneamento nas áreas de vulnerabilidade social. Ciência & Saúde Coletiva. 2016; 21(3): 789-796.
41. Filho HRC, Segall-Corrêa AM. Lockdown ou vigilância participativa em saúde? Lições da Covid-19. Saúde em Debate. 2020; 44(124): 5-16.
42. Breilh J. From conventional surveillance to participatory monitoring. Ciênc. saúde coletiva. 2003; 8(4): 937-951
43. Almeida Filho N, Andrade RFS. Holopatogênese: esboço de uma teoria geral de saúde-doença como base para a promoção da saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM (org). Promoção da saúde: conceitos, reflexões e tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 97-115.
44. Skalinski LM. Epidemiologia e epidemiologia crítica: considerações sobre diferentes estilos de pensamento. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, 2008.
45. Barata RB. Epidemiologia e saber científico. Revista Brasileira de Epidemiologia. 1998; 1(1): 14-27.
46. Breilh J. Epidemiologia crítica: ciência emancipadora e interculturalidade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.
47. Krieger N. Epidemiology and social sciences: towards a critical reengagement in the 21st century. Epidemiol Rev. 2000;22(1):155-63.
48. Ramos FLP et al. As contribuições da epidemiologia social para a pesquisa clínica em doenças infecciosas. Rev Pan-Amaz Saude. 2016; 7: 221-229
49. Krieger N. A glossary for social epidemiology. J Epidemiol Community Health. 2001; 55(10):693-700.

50. Samaja J. A Reprodução Social e a Saúde: elementos teóricos e metodológicos sobre a questão das “relações” entre saúde e condições de vida. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2000.
51. Breilh J. Latin American critical ('Social') epidemiology: new settings for an old dream. *Int J Epidemiol.* 2008; 37(4):745-50
52. Coelho MTA, Almeida Filho N. Análise do conceito de saúde a partir da epistemologia de Canguilhem e Foucault. In: Goldenberg P, Marsiglia RMG, Gomes MHA (org). O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 101-113.
53. Jaime Breilh. Entrevista: Jaime Breilh. *Trab. Educ. Saúde.* 2015; 13(2): 533-540.
54. Grisotti M. Doenças infecciosas emergentes e a emergência das doenças: uma revisão conceitual e novas questões. *Cienc Saude Coletiva.* 2010; 15(supl 1):1095-104.
55. Luna EJA. A emergência das doenças emergentes e as doenças infecciosas emergentes e reemergentes no Brasil. *Rev Bras Epidemiol.* 2002; 5(3): 229-43
56. Barreto ML. *Health inequalities: a global perspective.* *Ciência & Saúde Coletiva.* 2017; 22(7): 2097-2108.
57. Valla VV. A construção desigual do conhecimento e o controle social dos serviços públicos de educação e saúde. In: Stota EM, Valla VV (org). *Participação popular, educação e saúde: teoria e prática.* Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993. p. 87-100.
58. Langmuir D. The geochemistry of some carbonate ground waters in central Pennsylvania. *Geochimica et Cosmochimica Acta.* 1971; 35(10): 1023-1045.
59. Romero A, Troncoso MC. La vigilancia epidemiologica: significado e implicaciones en la practica y en la docencia. *Cuadernos Medico Sociales.* 1981; 7:17-28.
60. Sousa Santos B. *Renovar a teoria crítica e reinventar a emancipação social.* São Paulo: Boitempo, 2007.
61. Sousa Santos B, Meneses MP (Org.). *Epistemologias do Sul.* São Paulo: Cortez, 2010.
62. Santos M. *A natureza do espaço – Técnica e tempo. Razão e emoção.* São Paulo: Hucitec, 1996
63. Porto MFS. Pode a Vigilância em Saúde ser emancipatória? Um pensamento alternativo de alternativas em tempos de crise. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2017; 22(10): 3149-3159.

Contribuição dos autores

Raphael Mendonça Guimarães: concepção, redação e revisão crítica da versão final.

Thalyta Cássia de Freitas Martins: escrita, revisão final do manuscrito e aprovação da versão de submissão.

Viviane Gomes Parreira Dutra: escrita, revisão final do manuscrito e aprovação da versão de submissão.

Mariana dos Passos Ribeiro Pinto Basilio de Oliveira: escrita, revisão final do manuscrito e aprovação da versão de submissão.

Láís Pimenta Ribeiro dos Santos: redação e revisão crítica final do manuscrito.

Matheus Moutinho Crepaldi: escrita de uma parte do manuscrito enviado para avaliação.

João Roberto Cavalcante: escrita, revisão final do manuscrito e aprovação da versão de submissão.

Recebido em 13/07/2021

Aprovado em 20/09/2021

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Este preprint foi submetido sob as seguintes condições:

- Os autores declaram que estão cientes que são os únicos responsáveis pelo conteúdo do preprint e que o depósito no SciELO Preprints não significa nenhum compromisso de parte do SciELO, exceto sua preservação e disseminação.
- Os autores declaram que os necessários Termos de Consentimento Livre e Esclarecido de participantes ou pacientes na pesquisa foram obtidos e estão descritos no manuscrito, quando aplicável.
- Os autores declaram que a elaboração do manuscrito seguiu as normas éticas de comunicação científica.
- Os autores declaram que os dados, aplicativos e outros conteúdos subjacentes ao manuscrito estão referenciados.
- O manuscrito depositado está no formato PDF.
- Os autores declaram que a pesquisa que deu origem ao manuscrito seguiu as boas práticas éticas e que as necessárias aprovações de comitês de ética de pesquisa, quando aplicável, estão descritas no manuscrito.
- Os autores concordam que caso o manuscrito venha a ser aceito e postado no servidor SciELO Preprints, a retirada do mesmo se dará mediante retratação.
- Os autores concordam que o manuscrito aprovado será disponibilizado sob licença [Creative Commons CC-BY](#).
- O autor submissor declara que as contribuições de todos os autores e declaração de conflito de interesses estão incluídas de maneira explícita e em seções específicas do manuscrito.
- Os autores declaram que o manuscrito não foi depositado e/ou disponibilizado previamente em outro servidor de preprints ou publicado em um periódico.
- Caso o manuscrito esteja em processo de avaliação ou sendo preparado para publicação mas ainda não publicado por um periódico, os autores declaram que receberam autorização do periódico para realizar este depósito.
- O autor submissor declara que todos os autores do manuscrito concordam com a submissão ao SciELO Preprints.