

A necessidade de construção de assistência e Vigilância em Saúde no contexto das mudanças climáticas – ‘um passo à frente e você não estará mais no mesmo lugar’

The need to build health care and surveillance in the context of climate change – ‘one step forward and you will no longer be in the same place’

Priscila Tamar Alves Nogueira¹, Adriana Falangola Benjamin Bezerra², Suzanne Santos de Lima¹, Reinaldo Souza dos Santos³, Elaine Christine de Souza Gomes¹

DOI: 10.1590/2358-28982024E18696P

RESUMO Artigo crítico-reflexivo, à luz da Determinação Social do processo saúde/doença, que objetivou articular as concepções e as abordagens da vigilância em saúde à problematização das questões complexas de saúde que exigem a produção de cuidado articulado à territorialidade, à intersectorialidade e à interseccionalidade, além de concatenado à prática assistencial na Atenção Primária à Saúde, em contexto global de intensas e incertas mudanças climáticas. Para alcançar o objetivo, realizou-se um ensaio teórico no qual se desenvolveram argumentos teórico-analíticos caracterizados por articular pesquisas empíricas em relação ao tema da necessidade de construção de assistência e vigilância em saúde territorialmente articuladas e coletivamente construídas no contexto das mudanças climáticas. Para tanto, este manuscrito se organiza em três itens: 1) problematizar a ‘Determinação Social da Saúde e o enfrentamento dos agravos de relevância epidemiológica’; 2) debater as ‘mudanças climáticas e os desafios persistentes e o enfrentamento dos agravos infectocontagiosos no Brasil’; 3) apresentar ‘Estratégias participativas e construção de abordagens democráticas na assistência e na vigilância em saúde’. A Vigilância Popular em Saúde tem sido caracterizada como prática democrática que articula ações de vigilância concatenadas às realidades territoriais, definindo-se como experiência que tem apontado novos horizontes para uma prática territorialmente articulada e coletivamente construída.

PALAVRAS-CHAVE Vigilância em saúde. Atenção Primária à Saúde. Mudanças climáticas. Determinação Social da Saúde.

ABSTRACT *This critical-reflexive article, in light of the Social Determination of the health/disease process, aims to articulate the conceptions and approaches of health surveillance to problematize complex health issues that require the production of care articulated to territoriality, intersectorality and intersectionality, in addition to being linked to care practice in Primary Health Care, in a global context of intense and uncertain climate change. The methodological path outlined to achieve the objective was to carry out a theoretical essay, in which theoretical-analytical arguments were developed, characterized by articulating empirical research in relation to the theme of the need to build territorially articulated and collectively constructed health care and surveillance in the context of climate change. To this end, this manuscript is organized into three items: 1) problematize the ‘Social Determination of Health and coping with diseases of epidemiological relevance’; 2) discuss ‘climate change and persistent challenges and combating infectious diseases in Brazil’; 3) present ‘Participatory strategies and construction of democratic approaches in health care and surveillance’. Popular Health Surveillance has been characterized as a democratic practice that articulates surveillance actions linked to territorial realities, characterizing itself as an experience that has pointed out new horizons for a territorially articulated and collectively constructed practice.*

KEYWORDS *Health surveillance. Primary Health Care. Climate change. Social Determination of Health.*

¹Fundação Oswaldo Cruz em Pernambuco (Fiocruz Pernambuco), Instituto Aggeu Magalhães (IAM) – Recife (PE), Brasil. pri.tamar22@gmail.com

²Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) – Recife (PE), Brasil.

³Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.



Introdução

Historicamente, a construção do debate a respeito do termo e do significado de vigilância no Brasil e na América Latina girou em torno de três diferentes vertentes, expressas nas variações terminológicas: vigilância da saúde, vigilância à saúde e Vigilância em Saúde (VS). Tais variações aproximam-se de um eixo comum, na perspectiva de abertura para a epidemiologia, para a incorporação do planejamento e para a organização de sistemas e serviços. Na atualidade, utiliza-se o conceito de VS pública fazendo referência à definição ampliada de coleta contínua e sistemática, análise, interpretação e disseminação de dados relativos a eventos da saúde, cujo objetivo consiste em reduzir a mortalidade e a morbidade e melhorar as condições de saúde da população¹.

A partir dos anos 1990, após a institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), deu-se início à construção do Sistema de Vigilância em Saúde, forjado a partir dos pilares do território, problemas de saúde e intersetorialidade. Em 2013, por meio da Portaria GM/MS nº 1.378, criou-se o Grupo de Trabalho para elaboração da Política Nacional de Vigilância em Saúde (GT/PNVS)².

Em estudo realizado por Recktenwaldt e Junges³, com equipes da vigilância de municípios de pequeno porte no interior da Bahia, objetivando entender a realidade da vigilância, foi identificado que o processo de descentralização de responsabilidades e recursos da vigilância para os municípios não parecer oportunizado o preparo necessário para a operacionalização das demandas de sua competência, nesse momento, o que categorizou, para os autores, o processo de desvalorização da vigilância.

Entre fevereiro e março de 2018, a I Conferência Nacional de Vigilância em Saúde (CNVS) ocorreu em Brasília, representando um espaço privilegiado e plural para a discussão sobre os rumos da VS, na perspectiva da formulação de uma política de Estado. Esse

encontro possibilitou a articulação de debates sobre eixos temáticos que auxiliaram na construção da PNVS⁴.

Em 2018, a Resolução nº 288 instituiu a PNVS, caracterizada como política pública de Estado e função essencial do SUS, com caráter universal, transversal e como orientadora do modelo de atenção à saúde nos territórios. Sua efetivação vincula-se ao seu fortalecimento e à articulação com outras instâncias do sistema de saúde, sendo a gestão à exclusiva responsabilidade do poder público⁵.

O conceito da PNVS compreende a articulação dos saberes, processos e práticas relacionados com vigilância epidemiológica, vigilância em saúde ambiental, vigilância em saúde do trabalhador e vigilância sanitária, com o conjunto de políticas do SUS, levando em consideração a transversalidade das ações de VS sobre a determinação do processo saúde/doença⁶.

Entre suas diretrizes, a PNVS articula a necessidade de construir práticas de gestão e de trabalho que assegurem a integralidade do cuidado, incluindo a necessidade de inserção das ações de VS em toda a Rede de Atenção à Saúde e, em especial, na atenção primária, como coordenadora do cuidado⁶, lançando mão de estratégias coletivas e participativas, forjadas a partir de diálogos e construções intersetoriais.

A garantia da integralidade do cuidado pressupõe a incorporação de modelos de sistemas de saúde centrados na Atenção Primária à Saúde (APS) orientados à comunidade e à vigilância em saúde, com capacidade de catalisar o desempenho de todo o sistema de saúde, que visa minimizar os efeitos de contextos sanitários adversos⁷. No entanto, persistem dificuldades e lacunas profundas na construção da prática articulada entre VS e APS, das quais resultam ações territoriais desarticuladas entre si e reduzidas às respostas sanitárias insuficientes.

Ao problematizar o enfrentamento da covid-19, Gondim⁸ conclama uma organização de VS que retome o território e a natureza como

dimensões indissociáveis do ser humano; que dê visibilidade e voz à periferia por seu potencial inovador-transformador-revolucionário; que tenha capacidade de incorporar novos paradigmas às estruturas técnico-assistenciais e gerenciais da saúde pública; que aprenda a agir para e com o diferente, articulando o uno e o múltiplo em sistemas complexos, adaptativos, para cuidar de pessoas, grupos e comunidades; e que estabeleça sinergias e outras formas de comunicação, multidirecional e polifônica, entre os povos, como processo dialógico constitutivo da liberdade, democracia e justiça social.

Diante do exposto, o presente ensaio crítico-reflexivo, à luz da epidemiologia crítica e de sua categoria central Determinação Social do processo saúde/doença, articula as concepções e as abordagens da VS à problematização das questões complexas de saúde que exigem a produção de cuidado articulado à territorialidade, à intersectorialidade e à interseccionalidade, além de concatenado à prática assistencial na APS, em contexto global de intensas e incertas mudanças climáticas. Para tanto, este manuscrito se organiza em três itens, propondo-se, no primeiro, a problematizar a ‘Determinação Social da Saúde e o enfrentamento dos agravos de relevância epidemiológica’, no segundo, a debater as ‘Mudanças climáticas e os desafios persistentes e o enfrentamento dos agravos infectocontagiosas no Brasil’, e, no terceiro, a apresentar as ‘Estratégias participativas e construção de abordagens democráticas na assistência e na vigilância em saúde’.

Com vistas a alcançar o objetivo proposto, o manuscrito foi redigido em formato de ensaio, utilizando fontes bibliográficas para articular conhecimento no campo da epidemiologia crítica sobre o cenário epidemiológico diante das mudanças climáticas e seus desafios na saúde, assim como experiências de Vigilância Popular em Saúde e APS. A escolha por esse método se deu por este ser caracterizado por sua natureza reflexiva e intepretativa⁹.

Determinação Social da Saúde e o enfrentamento dos agravos de relevância epidemiológica: reconstruindo a análise

A concepção da Determinação Social da Saúde foi cunhada por autores latino-americanos do campo epistêmico da medicina social/saúde coletiva, propondo superar a concepção de saúde do paradigma biomédico e assumir a perspectiva da saúde como parte do processo social, deslocando o enfoque da causa do adoecimento para a compreensão da determinação do processo saúde-doença¹⁰⁻¹², incorporando o caráter social.

Laurell¹² aponta a importância do caráter social do processo saúde-doença que, enquanto fenômeno material objetivo, é passível de verificação empírica, a partir da comprovação de que o processo patológico dos grupos sociais de uma mesma sociedade apresenta diversidade quanto ao tipo de doença e sua frequência.

A autora postula, também, que a ênfase dada às análises sobre a saúde e o adoecimento se limita a entender a relação entre um fator (A) sobre a doença (B), desprezando a importância do social na etiologia da doença e interditando seu caráter social¹². Para superar tal abordagem, é necessário explicitar a relação entre o biológico e o social do processo saúde-doença e analisar o alcance dessa conceituação em relação à Determinação Social da Saúde. Em outras palavras, é preciso compreender que “o processo saúde-doença tenha caráter histórico em si mesmo e não apenas porque está socialmente determinado”¹²⁽²⁾.

Silva e Bicudo¹³ sintetizam que a Determinação Social do processo saúde-doença aponta para o caráter histórico da doença e sua relação com os processos que ocorrem na coletividade humana. Ou seja, considera a complexidade da relação entre o processo social e o processo saúde-doença, alertando que a sua determinação é atravessada pelo

desenvolvimento das forças produtivas, pela sociabilidade burguesa e pelas particularidades das formações sócio-históricas dos países.

Outrossim, compreendem que a causa última do comportamento do processo saúde-doença deve ser buscada na forma como a sociedade se organiza para construir a vida social. Nessa perspectiva, a teoria da Determinação Social da Saúde interpreta os fenômenos saúde e doença como expressões de um mesmo processo, evidenciando o seu duplo caráter: o biológico e o social, uma vez que encara que a natureza humana, apesar de ter um lastro biológico, é condicionada a partir da vida do homem em sociedade¹⁴.

Ao longo dos anos, a Determinação Social da Saúde foi incorporada para fomentar novas formulações dentro do campo epistêmico da saúde coletiva com a adoção desse conceito por Breilh¹¹ como uma das categorias da epidemiologia crítica, mas também foi descaracterizada, reduzida e constantemente confundida com o conceito dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS).

Souza¹⁵ aponta que, ao longo dos anos, o debate sobre a Determinação Social da Saúde foi invadido pela substituição, não apenas semântica, dos DSS, advindos de abordagens que deixam lacunas, estabelecendo-se enquanto se abrem espaços fecundos para a reprodução do modelo biomédico. Para o autor, os DSS comparecem no debate como uma espécie de sobreposição à formulação original (da determinação), forçando um retorno ao caminho gnosiológico.

Desde a incorporação do tema na agenda da Organização Mundial da Saúde (OMS), a discussão sobre os temas Determinação Social da Saúde e DSS, com repetição incansável dessas expressões, aponta para o esvaziamento de sentido, sobretudo pela falta de clareza do conteúdo e pelas implicações do uso desses termos¹⁶.

O resultado disso pode ser observado em centenas de trabalhos acadêmicos que se propõem a analisar seus objetos à luz da Determinação Social da Saúde e que acabam se

limitando às análises causalistas, fragmentárias e biologicistas. Borde, Hernández-Álvarez e Porto¹⁷ apontam que, apesar da crescente referência à importância da dimensão social na compreensão das iniquidades sociais sobre a saúde, o entendimento do processo saúde-doença permanece limitado, e as intervenções para combater essas iniquidades são insuficientes. Da mesma forma, continuam predominando narrativas biologicistas e culturalistas nas abordagens dominantes no campo da saúde pública.

Nesse contexto, observa-se que as abordagens na saúde seguem fragmentadas, sem considerar a totalidade do processo saúde-doença, enfatizando a 'fatorização' da doença e desconsiderando a perspectiva social¹¹.

Ao pensar no processo saúde/doença no território brasileiro, é pungente que as desigualdades socioeconômicas, as condições precárias de vida e moradia e o perfil socioambiental brasileiro possuem íntima relação com a distribuição das doenças¹⁸, explicitando a necessidade de análise sob a ótica do caráter social no cenário epidemiológico das doenças, que evidencia a necessidade de abordagens em saúde que busquem mudança do quadro epidemiológico concatenado com uma análise histórica e social.

No entanto, o que se observa na construção das ações de VS é que o enfrentamento dos agravos se desenhou historicamente em programas verticais, cujas ações estão previamente estabelecidas, sem necessariamente estar conectado à realidade social dos territórios, na medida em que homogeneiza as ações sem distinguir os grupos sociais em foco. Segundo Barata¹⁹, para basear-se nas necessidades da população, os sistemas de saúde devem ser locais, organizados a partir do território, com participação dos grupos sociais conscientes das definições das diretrizes da política de saúde.

No Brasil, apesar dos avanços alcançados por políticas voltadas a públicos específicos, é possível encontrar um número significativo de propostas de ação que se fundam na

atenção simultânea a discriminações diversas. No mundo concreto das políticas públicas, os sujeitos continuam a ser pensados universalmente. Mesmo que no âmbito das políticas governamentais universais haja uma tendência para o reconhecimento de singularidades, estas, em geral, não são apreendidas de maneira interseccionada. As ações e os projetos raramente se destinam a combater, simultaneamente, múltiplas diferenças e desigualdades, concomitantes a formas diversas de discriminação e exclusão sociais²⁰.

Jesus²¹ apontou a necessidade de análise racializada dos processos saúde-doença quando identificou que morre uma pessoa negra a cada uma hora e meia por falta de saneamento no País. O autor propõe, ainda, a politização na análise dos processos saúde-doença, tendo em vista ser essencial para compreensão das múltiplas faces do racismo nas condições de vulnerabilização, às quais o povo negro tem sido historicamente submetido.

Estrela et al.²² revelaram que os marcadores de gênero, classe e raça se apresentam como condição vulnerabilizadora à exposição da covid-19 nos mais diversos cenários mundiais, descortinando a insuficiência de abordagens para o enfrentamento dessa doença, que não considera os processos de desigualdades a que diferentes grupos sociais estão expostos. Esse dado também é evidenciado quando analisado o acesso à vacina, cuja cobertura explicitou acentuação de desigualdades de classe, étnico-raciais, territoriais e educacionais²³.

Observa-se que as políticas neoliberais trouxeram graves consequências para a maioria dos trabalhadores e trabalhadoras, chegando a levá-los à condição de pobreza e extrema pobreza. Estas, chamadas de contrarreformas, desde então, vêm aprofundando as desigualdades socioeconômicas, com o aumento da pobreza e da pauperização em massa, estendendo-se aos setores médios e descaracterizando a construção da assistência em saúde ancorada no referencial teórico da Determinação Social da Saúde²⁴. Esse cenário se agrava sobre a vida das mulheres que são

mais submetidas aos riscos de entrarem ou permanecerem na pobreza porque, além de passarem mais tempos desempregadas, em empregos flexíveis e precarizados, interrompem mais seus trabalhos, o que as impede de acessar o sistema de previdência social, revelando o teor fortemente patriarcal, machista e misógino que, recorrentemente, oprime as trabalhadoras²⁵.

Nessa perspectiva, percebe-se que o pensar/fazer políticas de saúde no Brasil, sobretudo aquelas relacionadas com o enfrentamento das doenças e com os agravos de importância epidemiológica, demanda reformulação das abordagens à luz da Determinação Social da Saúde, dada a necessidade eminente de desenho de modelos que superem a homogeneização de estratégias que, geralmente, desconsideram desigualdades locais, expressões das diferenças de gênero, raça e classe, geradoras de iniquidades em saúde. A partir do entendimento de que essas iniquidades são resultantes de opressão social, do efeito de estruturas sociais perversas e do exercício de políticas iníquas, geradores de desigualdades sociais eticamente inaceitáveis¹⁰, é mandatório que o conceito de Determinação Social da Saúde seja compreendido em sua magnitude para que se possa analisar e intervir de forma assertiva no processo saúde-doença nos agravos de importância epidemiológica no Brasil, sobretudo quando considerados os cenários postos frente as mudanças climáticas.

Mudanças climáticas, transição epidemiológica e os desafios novos e persistentes no setor saúde

A conjuntura delineada no cenário das intensas mudanças climáticas reativa antigos e traz novos desafios para a saúde coletiva, tendo em vista que, além dos cenários de risco já conhecidos e intensificados por causa de vulnerabilidades socioambientais, faz-se necessário

realizar um minucioso planejamento para tomada de decisão em cenários prospectivos (e incertos), envolvendo sobreposição de riscos para a saúde da coletividade²⁶.

Segundo Barcellos et al.²⁷, as preocupações em torno dos processos climáticos induzidos pela ação humana, principalmente aquelas relacionadas com o aquecimento global, alertaram a população mundial na década de 1950, pela primeira vez, mas somente ganharam notoriedade por volta do ano 2008 com o debate sobre os impactos socioambientais das mudanças climáticas. Para os autores, os eventos do furacão Katrina e a onda de calor na Europa colocaram em evidência que os impactos dessas emergências não seriam exclusivos dos países mais pobres, mas um problema global e, ao mesmo tempo, localizado.

Na atualidade, observa-se que esses efeitos têm sido alvo de preocupação para toda a humanidade. Silva, Xavier e Rocha²⁶ sistematizaram efeitos sanitários previstos como consequências das variabilidades climáticas, classificando-os como efeitos diretos, efeitos modulados pelos sistemas ambientais, efeitos mediados pelos sistemas humanos e sobreposição de riscos, entendendo que os riscos climáticos vêm se intensificando para além dos desastres, produzindo impactos sobre a saúde humana por diferentes vias e intensidades.

Zeppo et al.²⁸, em estudo sobre doenças infecciosas no contexto das mudanças climáticas e vulnerabilidades socioambientais, destacaram que se observa um padrão nessas doenças e no seu surgimento, que está atrelado à pressão das mudanças climáticas e ambientais sobre o meio ambiente, de maneira interrelacionada, além de imbricadas e aprofundadas por questões sociais, ainda que não seja possível dimensionar até que ponto essas relações podem promover, por si sós, o aparecimento das doenças ou se estão associadas a outros aspectos.

A compreensão do cenário epidemiológico atual no Brasil está atrelada ao entendimento do processo histórico-social-político que o País vivenciou nas últimas décadas, dado que

tal cenário culminou em uma transição epidemiológica incompleta²⁹. No entanto, é preciso ponderar que a mortalidade por doenças infectocontagiosas reduziu 35% entre 1967 e 2016, resultado das melhorias no saneamento básico e moradia, da introdução de novas tecnologias, principalmente no que tange à socialização das vacinas e dos antibióticos e à atuação do SUS^{30,31}.

O cenário nacional ainda se caracteriza pela desigualdade do País, em que 10,8% da população vive abaixo da linha da pobreza. Antes da pandemia da covid-19, o percentual de pobreza mensal já apresentava aumento em dezembro de 2019, atingindo 9,4%. De maneira geral, no período pandêmico (entre 2020 e 2021), a proporção de pobres no Brasil aumentou 42,1%³². Esse contexto implica antigas e emergentes preocupações na promoção do cuidado no âmbito do processo saúde-doença.

A melhoria do saneamento básico, do acesso à água de qualidade e a redução das discrepâncias regionais e intermunicipais persistem como importantes entraves para a saúde pública no Brasil. Apesar do avanço do saneamento básico nos últimos 25 anos, as capitais brasileiras apresentam desigualdades na cobertura³³. Em 2019, 84% da população total brasileira e 93% da população urbana eram atendidas por sistemas de abastecimento. No entanto, ao analisar as coberturas regionais, é possível observar importantes discrepâncias nessa distribuição, pois, enquanto no Sudeste, no Sul e no Centro-Oeste a cobertura fica em torno de 85-90%, no Nordeste ela é de 73,9% e no Norte, de 58%³⁴.

Em relação ao contexto sociopolítico, destaca-se a necessidade de repensar na relação entre capitalismo, agronegócio e saúde pública. A forma pouco ou nada sustentável da maioria das práticas agrícolas e pecuárias implicam mudanças nos ciclos de transmissão das doenças e nas características dos patógenos. Tais processos, associados à globalização, podem disseminar doenças emergentes e reemergentes para todo o mundo em curto espaço de tempo³⁵.

Apesar de a problemática das doenças infecciosas e suas relações com condições de vida serem antigas e de os caminhos apontados para avanços também serem velhos conhecidos, o cenário de vulnerabilidade que impera na sociedade permanece vitimando centenas de brasileiros e brasileiras ao longo dos anos, com persistência e aprofundamento de desigualdades regionais, sobretudo nos últimos anos.

No contexto da saúde, a redução dos agravos infectocontagiosos está atrelada ao fortalecimento do SUS, que desenvolve ações importantes com impacto direto na redução da morbimortalidade por esse grupo de doenças³⁶, tais como a promoção da vacinação, a VS e o enfrentamento adequados desses agravos. Entretanto, desde a sua criação, o SUS vem sofrendo um processo de subfinanciamento e, mais recentemente, também um desfinanciamento^{37,38}. Tais processos têm desencadeado implicações em várias áreas, inclusive na atuação da atenção primária como ordenadora de cuidados na rede de saúde³⁷.

A despeito de o fortalecimento da atenção primária ter contribuído para a transição epidemiológica, com desenvolvimento de ações, ampla capilaridade e cobertura populacional que permitem que esse nível de atenção colabore para a redução da carga de morbimortalidade, além de possibilitar o cuidado a partir do território^{39,40}, nos últimos anos, houve falta de priorização desse nível de atenção no contexto nacional⁴¹.

A manutenção e a ampliação das coberturas vacinais e do Programa Nacional de Imunizações (PNI) são primordiais para o controle das doenças imunopreveníveis⁴². A pandemia da covid-19 impactou a cobertura vacinal da população brasileira, principalmente a infantil⁴³. O comparecimento presencial para realização da vacinação ficou restrito devido às medidas de isolamento social e à postergação dos responsáveis na ida a serviços de saúde com receio de contaminação pela doença. No ano de início da pandemia da covid-19, houve uma queda da cobertura vacinal média de todas as vacinas, que passou

de 84,8% em 2019 para 75,0% em 2020. O estudo que avaliou a cobertura de dez vacinas identificou que, em nove delas, houve redução da cobertura e que nenhuma vacina atingiu a meta estabelecida pelo Ministério de Saúde no ano de 2020⁴⁴.

A crise na saúde, aprofundada pela pandemia da covid-19, ressalta que muitos dos desafios ainda são incertos, tendo em vista que os impactos dessa doença sobre a saúde ainda são difíceis de mensurar. Diante do contexto de intensas e incertas mudanças climáticas, que anuncia repercussões de outra ordem sobre a vida humana, por representar múltiplos riscos às coletividades, mudanças na transmissão de doenças infectocontagiosas, diminuição da qualidade de vida e saúde da população que vive no mundo globalizado e desigual, é imperativo que o setor saúde fortaleça a assistência à saúde e construa políticas públicas intersetoriais que deem resposta aos complexos problemas anunciados para os próximos anos na saúde coletiva²⁷.

Estratégias participativas e construção de abordagens democráticas na assistência e na vigilância em saúde

A APS é compreendida como o primeiro nível de atenção à saúde, atrelada ao entendimento de oferta de atenção não especializada, que lança mão de abordagens clínicas com uso de baixa densidade tecnológica e com capacidade de resolução de grande parte dos problemas de saúde⁴⁵. No Brasil, a atenção primária se expressa na Atenção Básica (AB), organizada a partir da Estratégia Saúde da Família (ESF), reconhecida globalmente como estratégia bem-sucedida no cuidado primário em saúde⁴⁶.

É caracterizada como o nível de atenção responsável pela coordenação do cuidado, promovendo melhorias na qualidade da prestação da assistência à saúde, com atuação na redução das barreiras de acesso nos diferentes

níveis de atenção, integrando ações e serviços em um mesmo nível do sistema de saúde em articulação às necessidades do território. A coordenação do cuidado está no centro do processo do cuidado na medida em que interliga recursos comunitários, assistenciais, farmacêuticos, entre outros⁴⁷.

A coordenação não pode ser vislumbrada como algo estático ou supostamente dado. Para que seja efetiva, é necessário que seja concebida a partir de uma perspectiva dinâmica, que se ajusta às especificidades, à complexidade e ao nível de fragmentação do sistema de saúde e às características particulares e singulares dos grupos e indivíduos para os quais e em função dos quais o sistema existe. Nesse sentido, pressupõe a construção de redes dinâmicas, exigindo cooperação e integração dos atores e serviços envolvidos⁴⁷. Tal característica evidencia o papel central da APS na garantia de cuidado integral em saúde, cuja potencialidade da assistência se configura na capacidade de dar resposta às necessidades de saúde de maneira territorialmente articulada.

Apesar da centralidade e da potência do papel da APS, é evidente que permanece o desafio em relação à construção de um sistema de saúde que, de fato, consiga ser integrado, com estruturação de redes de atenção à saúde favorecendo o acesso com continuidade assistencial, integralidade da atenção e utilização racional dos recursos existentes⁴⁵, com vistas à consolidação de sistemas de saúde. Nessa lógica, tem-se em conta que persistem lacunas na integração efetiva entre prevenção, atenção e promoção, uma vez que constata-se gargalos no acesso a procedimentos e a profissionais especializados, dificuldades na qualificação dos trabalhadores da APS e fragilidades na organização de processos de trabalho que se proponham mais democráticos e participativos⁴⁸.

À revelia do que historicamente é apontado, no que concerne ao papel estratégico da APS na organização do SUS, o que se observam são cenários de disputas no campo político e ideológico. Estas se expressam em constantes movimentos de avanços e retrocessos na

Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), nos modelos de financiamento e na narrativa política sobre o papel/atuação da APS^{49,50}.

Ao fazer o paralelo entre APS e VS, em contexto que historicamente se apresentou como difícil para construção de uma prática em saúde interligada, cujo desconhecimento sobre as ações de VS é presente e a articulação entre os setores é escassa⁵¹, observa-se uma prática desarticulada, que se inicia na abordagem territorial distinta entre assistência e vigilância e se perpetua em dificuldade de análise e ações de forma integrada.

Embora a PNAB 2017 possibilite a incorporação do Agente de Combate às Endemias (ACE) à ESF, sugerindo a integração entre vigilância e atenção primária com recomendação de unificação das ações dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e ACE, essa abertura tem deixado brecha para incorporação do trabalho de forma substitutiva, e não a inclusão desse ator no processo de trabalho na equipe⁴⁹.

Souza et al.⁵², ao analisarem a VS na perspectiva dos trabalhadores, identificaram que a fragmentação no *modus operandi* se expressa, inclusive, dentro do processo de planejamento e execução do trabalho entre as vigilâncias epidemiológica, sanitária, ambiental e saúde do trabalhador, o que evidencia um cenário de profunda fragmentação das ações entre as vigilâncias.

Apesar da histórica dicotomia entre vigilância e assistência em saúde, ancorada na prática biomédica, é possível e necessário promover a integração dessas áreas, tendo em vista que o horizonte é a promoção de um cuidado que se propõe integral⁵² na medida em que é na práxis do cuidado integral à saúde, produzida a partir da APS, que é possível abrir possibilidades de respeito, acolhimento e escuta à diversidade e aos diferentes modos de viver. Essas características permitem que, nos territórios em que as equipes de ESF se inserem, sejam possíveis políticas públicas efetivas para todos, com capacidade de responder às necessidades de saúde, produzindo cidadania⁴⁸.

Historicamente, observou-se um aprofundamento dessas disputas, em contexto de grave crise política, econômica e social, que minaram direitos da classe trabalhadora⁵⁰. Tal cenário anuncia grandes desafios no contexto atual, de retomada política de projeto de sociedade mais inclusivo e socialmente justo, anunciada como ‘União e Reconstrução’ pelo atual governo de Luiz Inácio Lula da Silva.

Como alternativa ao modelo hegemônico de atenção à saúde, cunhado em práticas biologicistas e médico-centradas, surge o conceito de Vigilância Popular em Saúde, emergindo de experiências relacionadas com movimentos sociais afetados por grandes empreendimentos⁵³.

Para Alves⁵⁴, a Vigilância Popular em Saúde caracteriza-se por olhar e intervir no Estado ‘vulnerabilizador’, a partir da promoção de ações relacionais dialógicas que provoquem o potencial libertador da opressão ideológica de uma sociedade pautada no capital. Esse potencial emerge de movimentos sociais em conflitos com grandes empreendimentos, resultantes da reprodução do capital em países periféricos, e da busca de uma metodologia que construa horizontalmente a relação entre saberes técnico-científicos e saberes populares para formar uma nova racionalidade de saúde das coletividades, como alternativa aos modelos de saúde pública atuais⁵³.

Para Cunha et al.⁵⁵, as redes populares de vigilância e cuidado em saúde têm, como potencialidade, a criação de processos de transformação de caráter instituinte. Essa estratégia não é simples, particularmente por provocar permanentes tensões e induzir mudanças nos sistemas institucionalizados que, em geral, são lentos, burocráticos, frequentemente autoritários e hierarquizados. No entanto, reforça-se que esse desafio é necessário, sobretudo, em serviços que atuam em territórios mais vulnerabilizados e marcados por violações sistemáticas de direitos humanos. É nesse sentido que os autores salientam que a dinamicidade da produção de informação pelas redes

sociais locais deve ser incorporada à APS por meio de processos que as legitimem como produtoras de informação relevante para a tomada de decisão no cotidiano dos serviços locais de saúde.

A análise da situação de saúde local e suas permanentes transformações fornecem à Vigilância Popular em Saúde a concepção de que é necessária uma multiplicidade de ações para enfrentar as demandas complexas de saúde no País⁵³. Para tanto, é preciso que os serviços sofram mudanças em seus processos de trabalho, incorporando práticas democráticas e participativas na construção das ações em saúde⁵⁵.

Considerações finais

A partir do constructo teórico da epidemiologia crítica, entende-se como fundamental, para subsidiar esse pensar e fazer saúde de maneira socialmente implicada, a compreensão do processo saúde-doença a partir do seu caráter social, com capacidade de superar a fatorização do adoecimento, que, de forma genérica, resume o fenômeno social do adoecimento à influência determinada de um fator (A) sobre a doença (B). Historicamente, a teoria da Determinação Social da Saúde tem sido confundida ou resumida aos DSS. Tal equívoco teórico e praxiológico tem contribuído para reprodução de uma análise restrita e uma prática insuficiente para superar os processos históricos e sociais que produzem e sustentam o adoecimento nas sociedades.

O cenário de intensas e incertas mudanças climáticas têm evidenciado o imenso desafio de repensar em um cuidado em saúde que não permaneça reproduzindo vulnerabilidades e vitimando as populações historicamente excluídas. A transição epidemiológica incompleta, que se observa no Brasil, por meio da qual há persistência de doenças infectocontagiosas com aumento das doenças crônicas, evidencia o caráter histórico-político-social desse contexto epidemiológico.

A APS possui papel central na ordenação do cuidado e caracteriza-se como *locus* privilegiado para construção de uma assistência territorialmente articulada, que supere abordagens biologicistas e reducionistas. Nesse sentido, considera-se imprescindível que as práticas de assistência e VS estejam imbricadas e articuladas, cujo objetivo é alcançar práticas em saúde que se proponham democráticas e emancipatórias, dando respostas efetivas aos complexos problemas de saúde.

A Vigilância Popular em Saúde tem sido caracterizada como prática democrática que articula ações de vigilância concatenadas às realidades territoriais, definindo-se como experiência que tem apontado novos horizontes para uma prática territorialmente articulada e coletivamente construída.

As experiências democráticas, participativas e territorialmente articuladas têm sido construídas e fortalecidas no Brasil, em experiências diversas de práticas científicas, assistenciais e de vigilância que se propõem emancipatórias. É nessa perspectiva que os autores deste artigo, em uso da citação de

Chico Science, eternizada em sua canção ‘Um passeio pelo mundo livre’, somam-se em coro afirmando ‘Um passo à frente e você não estará mais no mesmo lugar’⁵⁶ – a partir da perspectiva de que a adoção de novas abordagens em vigilância e assistência em saúde emerge como força instituinte de construção de uma nova ordem na prática/pesquisa, na qual não cabem ações verticais e desarticuladas dos territórios onde se pretende promover ciência, cuidado e saúde.

Colaboradores

Nogueira PTA (0000-0003-3133-476X)* contribuiu para concepção e desenho do trabalho, coleta, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica do manuscrito. Bezerra AFB (0000-0002-5278-3727)*, Lima SS (0000-0003-0975-5306)*, Santos RS (0000-0003-2387-6999)* e Gomes ECS (0000-0001-7836-6457)* contribuíram para revisão crítica e aprovação final do manuscrito. ■

Referências

1. Guimarães RM, Meira KC, Paz EPA, et al. Os desafios para a formulação, implantação e implementação da Política Nacional de Vigilância em Saúde. *Ciênc saúde de coletiva*. 2017;22(5):1407-1416. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.33202016>
2. Oliveira CM, Cruz MM. Sistema de Vigilância em Saúde no Brasil: avanços e desafios. *Saúde de debate*. 2015;39(104):255-267. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-110420151040385>
3. Recktenwaldt M, Junges JR. A organização e a prática da Vigilância em Saúde em municípios de pequeno porte. *Saude Soc*. 2017;26(2):367-381. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017171916>
4. Garcia LP, Duarte E. 1a Conferência Nacional de Vigilância em Saúde: marco para a construção da Política Nacional de Vigilância em Saúde. *Epidemiol Serv Saúde*. 2018;27(2):e20180002. DOI: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742018000200020>
5. Okumoto O, Brito SMF, Garcia LP. A Política Nacional de Vigilância em Saúde. *Epidemiol Serv Saúde*. 2018;27(3):e2018318. DOI: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742018000300018>

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

6. Ministério da Saúde (BR); 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 União [Internet]. 13 Ago 2018 [acesso em 2022 mar 7]. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso588.pdf>
7. Prado NMBL, Biscarde DGS, Pinto Junior EP, et al. Ações de vigilância à saúde integradas à Atenção Primária à Saúde diante da pandemia da COVID-19: contribuições para o debate. *Ciênc saúde coletiva*. 2021;26(7):2843-2857 DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021267.00582021>
8. Gondim GMM. Decifra-me ou te devoro: enigmas da Vigilância em Saúde na pandemia Covid-19. *Trab Educ Saúde*. 2020;18(3):e00296128. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00296>
9. Meneghetti FK. O que é um ensaio-teórico? *Rev Adm Contemp*. 2011;15(2):320-332. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1415-65552011000200010>
10. Almeida-Filho N. A problemática teórica da determinação social da saúde. In: Nogueira RP, organizador. *Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária* [Internet]. Rio de Janeiro: Cebes; 2010 [acesso 2022 mar 20], p. 13-36. Disponível em: <https://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2011/01/Determinacao.pdf>
11. Breilh J. Las tres 'S' de la determinación de la vida. In: Nogueira RP, organizador. *Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária* [Internet]. Rio de Janeiro: Cebes; 2010 [acesso 2022 mar 20]. p. 87-125. Disponível em: <https://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2011/01/Determinacao.pdf>
12. Laurell AC. La salud-enfermedad como proceso social. *Rev Latinoamericana Salud* [Internet]. 1982 [acesso em 2022 mar 20];2:7-25. Disponível em: https://uniasus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/6126/mod_resource/content/1/Conteudo_on-line_2403/un01/pdf/Artigo_A_SAUDE-DOENCA.pdf
13. Silva LB, Bicudo V. Determinantes sociais e determinação social do processo saúde-doença: discutindo conceitos e perspectivas. In: Santos TVC, Silva LB, Machado TO, organizadores. *Trabalho e saúde: diálogos críticos sobre crises* [Internet]. Rio de Janeiro: Mórula; 2022 [acesso em 2022 mar 25]. p. 115-131. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/51905/3/Determinates%20Sociais%20-%20Let%C3%ADcia%20Silva%20-%202022.pdf>
14. Fonseca RMGS. Espaço e gênero na compreensão do processo saúde-doença da mulher brasileira. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 1997;5(1):5-13. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-11691997000100002>
15. Souza DO. O caráter ontológico da determinação social da saúde. *Serv Soc Soc*. 2020;(137):174-191. DOI: <https://doi.org/10.1590/0101-6628.207>
16. Borghi CMSO, Oliveira RM, Sevalho G. Determinação ou Determinantes Sociais da Saúde: texto e contexto na América Latina. *Trab Educ Saúde*. 2018;16(3):869-897. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00142>
17. Borde E, Hernández-Álvarez M, Porto MFS. Uma análise crítica da abordagem dos Determinantes Sociais da Saúde a partir da medicina social e saúde coletiva latino-americana. *Saúde debate*. 2015;39(106):841-854. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201510600030023>
18. Bertolozzi MR, Takahashi RF, França FOS, et al. The incidence of tuberculosis and its relation to social inequalities: Integrative Review Study on PubMed Base. *Esc Anna Nery*. 2020;24(1):e20180367. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2018-0367>
19. Barata RB. Iniquidade e saúde: a determinação social do processo saúde-doença. *Rev USP*. 2011;51:138-145. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9036.v0i51p138-145>
20. Mello L, Gonçalves E. Diferença e interseccionalidade: notas para pensar práticas em saúde. *Cronos* [Internet]. 2010 [acesso em 2022 abr 12];11(2):163-173. Disponível em: <https://repositorio.bc.ufg.br/bitstream/ri/16425/5/Artigo%20-%20Eliane%20Gon%CA7alves%20-%20202010.pdf>

21. Jesus V. Racializando o olhar (sociológico) sobre a saúde ambiental em saneamento da população negra: um *continuum* colonial chamado racismo ambiental. *Saúde Soc.* 2020;29(2):e180519. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020180519>
22. Estrela FM, Soares CFS, Cruz MA, et al. Pandemia da Covid 19: refletindo as vulnerabilidades à luz do gênero, raça e classe. *Ciênc saúde coletiva.* 2020;2(9):3431-3436. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.14052020>
23. Patrocino LB, Pena ED. Vacinação contra covid-19 no Brasil: neoliberalismo, individualização e desigualdades. *RDTPS [Internet]*. 2021 [acesso em 2022 abr 13];7(13):241-259. Disponível em: <https://periodicoscientificos.ufmt.br/ojs/index.php/rdtps/article/view/12789>
24. Oliveira TF. As inflexões da contrarreforma na política de Atenção Primária à Saúde no Governo Bolsonaro: implicações sobre a Estratégia Saúde da Família [dissertação na Internet]. Paraíba: Universidade Estadual da Paraíba; 2021 [acesso em 2023 abr 12]. Disponível em: <http://tede.bc.uepb.edu.br/jspui/bitstream/tede/3809/2/PDF-%20Tatiany%20Fernandes%20Oliveira.pdf>
25. Gonçalves AM, Furtado IRM, Nóbrega KMS, et al. A contrarreforma da previdência e o retrocesso dos direitos previdenciários das mulheres. *SER_Social.* 2023;25(52):220-240. DOI: https://doi.org/10.26512/ser_social.v25i52.37951
26. Silva MA, Xavier DR, Rocha V. Do global ao local: desafios para redução de riscos à saúde relacionados com mudanças climáticas, desastre e Emergências em Saúde Pública. *Saúde debate.* 2020;44(esp2):48-68. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E204>
27. Barcellos C, Monteiro AMV, Corvalán C, et al. Mudanças climáticas e ambientais e as doenças infecciosas: cenários e incertezas para o Brasil. *Epidemiol Serv Saúde.* 2009;18(3):285-304. DOI: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742009000300011>
28. Zezzo LV, Coltri PP, Miranda MJ, et al. Doenças Infecciosas no Contexto das Mudanças Climáticas e da Vulnerabilidade Socioambiental. *RBClima [Internet]*. 2021 [acesso em 2023 abr 20];17(28):671-697. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/revistaabclima/article/view/75500/43819>
29. Martins TCF, Silva JHCM, Máximo GC, et al. Transição da morbimortalidade no Brasil: um desafio aos 30 anos de SUS. *Ciênc saúde coletiva.* 2021;26(10):4483-4496. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212610.10852021>
30. Waldman EA, Sato APS. Path of infectious diseases in Brazil in the last 50 years: an ongoing challenge. *Rev Saúde Pública.* 2016;50:68. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050000232>
31. Teixeira MG, Costa MCN, Paixão ES, et al. Conquistas do SUS no enfrentamento das doenças transmissíveis. *Ciênc saúde coletiva.* 2018;23(6):1819-1828. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.08402018>
32. Fundação Getúlio Vargas. Centro de Políticas Públicas. FGV social lança a pesquisa “a montanha-russa da pobreza”. *FGV Social [Internet]*. 2022 jun 15 [acesso em 2022 abr 16]. Disponível em: <https://cps.fgv.br/destaques/fgv-social-lanca-pesquisa-montanha-russa-da-pobreza>
33. Massa KHC, Chiavegatto ADP. Saneamento básico e saúde autoavaliada nas capitais brasileiras: uma análise multinível. *Rev Bras Epidemiol.* 2020;23:e200050. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720200050>
34. Araújo LF, Camargo FP, Torres Netto A, et al. Análise da cobertura de abastecimento e da qualidade da água distribuída em diferentes regiões do Brasil no ano de 2019. *Ciênc saúde coletiva.* 2022;27(7):2935-2947. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022277.16472021>
35. Wallace R. Pandemia e agronegócio: doenças infecciosas, capitalismo e ciência [Internet]. Traduzido por Rodrigo de Campos Silva. São Paulo: Editora Elefante; 2020 [acesso em 2022 jun 20]. 480 p. Disponível em: https://books.google.com.br/books?id=EF_0DwAAQBAJ&lpg=PT7&dq=doen%C3%A7as%20infecciosas%20e%20pandemia%20de%20covid%20artigo&lr&hl=pt-

-BR&pg=PT27#v=onepage&q=doen%C3%A7as%20infecciosas%20e%20pandemia%20de%20covid%20artigo&f=false

36. Campos JM, Oliveira DM, Freitas EJA, et al. Arboviroses de importância epidemiológica no Brasil. RCSBA [Internet]. 2018 [acesso em 2022 jun 20];1(1):36-48. Disponível em: <http://186.248.187.182/ojs/index.php/rcsba/article/view/23>
37. Funcia FR. Subfinanciamento e orçamento federal do SUS: referências preliminares para a alocação adicional de recursos. Ciênc saúde coletiva. 2019;24(12):4405-4415. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.25892019>
38. Piola SF, França JRM, Nunes A. Os efeitos da Emenda Constitucional 29 na alocação regional dos gastos públicos no Sistema Único de Saúde no Brasil. Ciênc saúde coletiva. 2016;21(2):411-422. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015212.10402015>
39. Paiva RFPS, Souza MFP. Associação entre condições socioeconômicas, sanitárias e de atenção básica e a morbidade hospitalar por doenças de veiculação hídrica no Brasil. Cad Saúde Pública. 2018;34(1):e00017316 DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00017316>
40. Farias LABG, Colares MPB, Barretoti FKA, et al. O papel da atenção primária no combate ao Covid-19. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2020;15(42):2455. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmf15\(42\)2455](https://doi.org/10.5712/rbmf15(42)2455)
41. Fleury S, Fava VMD. Vacina contra Covid-19: arena da disputa federativa brasileira. Saúde debate. 2022;46(esp1):248-264. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E117>
42. Waldman EA, Sato APS. Path of infectious diseases in Brazil in the last 50 years: an ongoing challenge. Rev Saúde Pública. 2016;(50):68. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050000232>
43. Sato APS. Pandemic and vaccine coverage: challenges of returning to schools. Rev Saúde Pública. 2020;54:115. DOI: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054003142>
44. Procianoy GS, Rossini Junior F, Lied AF, et al. Impacto da pandemia do COVID-19 na vacinação de crianças de até um ano de idade: um estudo ecológico. Ciênc saúde coletiva. 2022;27(3):969-978. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022273.20082021>
45. Lavras C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. Saúde Soc. 2011;20(4):867-874. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000400005>
46. Giovanella L, Mendonça MHM, Buss PM, et al. De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. Cad Saúde Pública. 2019;35(3):e00012219. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00012219>
47. Almeida PF, Medina MG, Fausto MCR, et al. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. Saúde debate. 2018;42(esp1):244-260. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S116>
48. Agostini R, Castro AM. Utopia interdita: APS como antídoto contra a desdemocratização e a necropolítica neoliberal. Saúde debate. 2023;47(136):227-241. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202313615>
49. Melo EA, Mendonça MHM, Oliveira JR, et al. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. Saúde debate. 2018;42(esp1):38-51. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S103>
50. Morosini MVGC, Fonseca AF, Lima LD. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. Saúde debate. 2018;42(116):11-24. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811601>
51. Ivancko GM, Querino RA, Silva GCS, et al. Estratégia Saúde da Família e Vigilância em Saúde: conhecimento de médicos de família e comunidade sobre Vigilância Sanitária, Vigilância em Saúde Ambiental e Vigilância em Saúde do Trabalhador. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2021;16(43):2733. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmf16\(43\)2733](https://doi.org/10.5712/rbmf16(43)2733)

52. Sousa LCM, Feitosa EELC, Melo RHV, et al. A vigilância em saúde sob a perspectiva de seus trabalhadores. *Av Enferm.* 2022;40(1):11-23. DOI: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v40n1.86904>
53. Arjona FBS. O espaço da/na vigilância popular em saúde: construção teórica inicial. *Rev Eletr Grupo Pesq NIESBF.* 2018;6(2). DOI: <https://doi.org/10.12957/hne.2017.35702>
54. Alves PA. Vigilância popular da saúde: cartografia dos riscos e vulnerabilidades socioambientais no contexto de implantação da mineração de urânio e fosfato no Ceará [dissertação na Internet]. Fortaleza: Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará; 2013 [acesso em 2023 abr 23]. Disponível em: https://repositorio.ufc.br/ri/bitstream/riufc/8671/1/2013_dis_paalves.pdf
55. Cunha MB, Pivetta F, Porto MF, et al. Vigilância popular em saúde: contribuições para repensar a participação no SUS. In: Botelho BO, Vasconcelos EM, Carneiro DGB, et al., organizadores. *Educação popular no Sistema Único de Saúde* [Internet]. São Paulo: Hucitec; 2018 [acesso em 2023 abr 23]. p. 79-101. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/48219>
56. Science C. Um passeio pelo mundo livre [gravado por Chico Science e Nação Zumbi]. In: *Afrociberdélia* [CD]. Recife: Sony/Caos; 1996.

Recebido em 14/06/2023

Aprovado em 14/11/2023

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Editores responsáveis: Guilherme Franco Netto e Bruna Drumond Silveira