



Histórias e (des)caminhos da Vigilância em Saúde no Brasil

Stories and (dis)paths of Health Surveillance in Brazil

Historias y (des)caminos de la Vigilancia de la Salud en Brasil

DOI: 10.55905/revconv.17n.12-168

Originalsreceived: 01/18/2024

Acceptance for publication: 02/21/2024

Michele Neves Meneses

Doutoranda em Enfermagem

Instituição: Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Endereço: Rio Grande – Rio Grande do Sul, Brasil

Email: michelemeneses22@gmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0933-7051>

Roberta de Pinho Silveira

Doutora em Enfermagem

Instituição: Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Endereço: Porto Alegre – Rio Grande do Sul, Brasil

Email: betadepinho@gmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4136-9253>

Fernanda Carlise Mattioni

Doutora em Enfermagem

Instituição: Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Endereço: Porto Alegre – Rio Grande do Sul, Brasil

Email: nandacmattioni@gmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3794-6900>

Cristianne Maria Famer Rocha

Doutora em Educação

Instituição: Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Endereço: Porto Alegre – Rio Grande do Sul, Brasil

Email: rcristianne@gmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3281-2911>

RESUMO

Desde o princípio de sua concepção, a Vigilância em Saúde no Brasil vem sendo conformada e forjada a partir de princípios coercitivos e com práticas pouco dialógicas com os territórios. Muitas vezes, suas práticas punitivas utilizam até mesmo a força policial. Desse modo, este texto tem como objetivo analisar como se engendraram as práticas de Vigilância em Saúde como estratégias biopolíticas na história da saúde pública, no Brasil. Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, que contemplou a inclusão de artigos científicos, documentos técnicos e legislação relativa ao tema. A Vigilância, como tem sido performada pelo Estado brasileiro, reconfigurando



o poder soberano e assumindo a função de governo da vida, pode ser considerada uma estratégia biopolítica, sobretudo no que se refere aos processos normativos e punitivos sobre a saúde da população e seus espaços de vida. Dessa maneira, apontam-se possibilidades para uma Vigilância territorializada desde as singularidades das populações, como alternativa ao modelo hegemônico da Vigilância em Saúde.

Palavras-chave: vigilância em saúde, território, biopolítica, biopoder, Michel Foucault.

ABSTRACT

Since the beginning of its conception, Health Surveillance in Brazil has been shaped and forged based on coercive principles and practices that are not very dialogic with the territories. Often, their punitive practices even use police force. Therefore, this text aims to analyze how Health Surveillance practices were created as biopolitical strategies in the history of public health in Brazil. This is a narrative review of the literature which included the inclusion of scientific articles, technical documents and legislation related to the topic. Surveillance, as it has been performed by the Brazilian State, reconfiguring so sovereign power and assuming the function of governing life, can be considered a biopolitical strategy, especially with regard to normative and punitive processes on the health of the population and their spaces of life. In this way, possibilities are highlighted for territorialized Surveillance based on the singularities of populations, as an alternative to the hegemonic model of Health Surveillance.

Keywords: health surveillance, territory, biopolitics, biopower, Michel Foucault.

RESUMEN

Desde el inicio de su concepción, la Vigilancia de la Salud en Brasil se ha configurado y forjado a partir de principios y prácticas coercitivas y carentes de diálogo con los territorios. A menudo, sus prácticas punitivas incluso utilizan la fuerza policial. Por lo tanto, este texto tiene como objetivo analizar cómo se crearon las prácticas de Vigilancia en Salud como estrategias biopolíticas en la historia de la salud pública en Brasil. Esta es una revisión narrativa de la literatura el cual incluyó la inclusión de artículos científicos, documentos técnicos y legislación relacionada con el tema. La vigilancia, tal como ha sido realizada por el Estado brasileño, reconfigurando el poder soberano y asumiendo la función de regir la vida, puede ser considerada una estrategia biopolítica, especialmente en lo que respecta a los procesos normativos y punitivos sobre la salud de la población y sus espacios de vida. De esta manera, se destacan posibilidades para una Vigilancia territorializada basada en las singularidades de las poblaciones, como alternativa al modelo hegemónico de Vigilancia de la Salud.

Palabras clave: vigilancia de la salud, territorio, biopolítica, biopoder, Michel Foucault.



1 INTRODUÇÃO

Michel Foucault analisou a maneira como a epidemia da varíola, que assolou o mundo entre os séculos XVIII e XIX, representou o marco histórico para o desenvolvimento de técnicas médicas para o controle de enfermidades que, posteriormente, tornar-se-iam técnicas de regulação e controle da população (Foucault, 2008).

De acordo com o autor (Foucault, 2005), o poder disciplinar operou sobre os corpos individuais vigiando-os, treinando-os, utilizando sua força e eventualmente punindo-os. Mas, o poder disciplinar não seria suficiente para que as cidades fossem seguras. Assim, para conduzir a população e governar suas condutas foi importante o exercício do poder sobre o corpo social, trazendo a noção de espécie humana para que seus processos como nascimento, morte, doenças, entre outros, fossem contabilizados e formassem um saber-poder que permitiria a utilização do dispositivo de segurança, de forma que o controle e a regulamentação dos indivíduos e coletividades fossem aceitos e naturalizados.

Como modo de condução da população foram organizadas técnicas e orientações como medidas de controle das transmissões de doenças, epidemias e, da mesma forma, de gerenciamento da população. O acompanhamento de indicadores como a morbidade, a promoção de saúde pública e higiene social e o controle de doenças – basicamente, o controle da vida – tornaram-se os elementos que legitimaram a intervenção política sobre a segurança da população (Seixas, 2020).

Tal intervenção tornou-se possível, a partir do século XVII, por meio de um novo tipo de poder: a biopolítica, que representa uma reconfiguração das estruturas de poder, cujo objetivo é fazer com que a população viva, e viva de determinadas maneiras. Entre os mecanismos operativos da biopolítica, o biopoder atua sobre a população e intervém na vida dos sujeitos a partir de dispositivos de segurança e normatizações que indicam, classificam e interferem na saúde da população. A função principal da biopolítica, segundo Foucault trata-se do “fazer viver e deixar morrer”, cuidando especialmente das questões de morbimortalidade da população e atentando para o afastamento de quaisquer situações prejudiciais que venham a surgir ao longo da vida (Negris, 2020).

Para a execução desses cuidados em saúde e com a transição do feudalismo para o modelo industrial do capitalismo foi necessária a construção de políticas de saúde capazes de orientar,



controlar e tabular dados sobre as populações. Essa mudança refletiu também a necessidade de outros modos de governar os sujeitos que precisavam alcançar as dimensões biológica e somática, fazendo com que o corpo se tornasse uma realidade biopolítica com o desenvolvimento do capitalismo nos séculos supracitados (Foucault, 2021). Assim, nesse momento, o capitalismo precisava não apenas de corpos disciplinados, dóceis e produtivos, mas, também, de estratégias para conduzir a diversidade existente entre as pessoas nas cidades nascentes.

Todo o processo relatado acima integra a estruturação do campo das práticas de saúde, no cenário europeu. No Brasil, também se estruturam práticas de saúde, especialmente àquelas destinadas ao corpo da população. Nesse sentido, este artigo tem como objetivo analisar como se engendraram as práticas da Vigilância em Saúde, como estratégias biopolíticas, na história da saúde pública no Brasil.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

A história da Vigilância em Saúde no Brasil começa antes da criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Desde os primeiros habitantes desse território já se realizavam cuidados em saúde, com o uso de medicinas e práticas naturais (banhos, infusões, sangrias) e rituais espirituais, e, também processos de vigilância das doenças e do ambiente, como isolamento dos enfermos nas casas de rezas ou fora das aldeias, de acordo com cada povo originário e sua etnia. Naquela época, as doenças prevalentes entre os povos originários possuíam diferenças nos perfis epidemiológicos de adoecimento e morte, sobretudo relativas aos fatores ambientais e sociocomportamentais, como o padrão de espacialização das aldeias, tipo de habitação e modo de alimentação, como, “por exemplo, populações cuja subsistência era baseada na caça e na coleta apresentavam condições de saúde bucal melhores que aquelas de agricultores” (Coimbra *et al.*, 2007, p.51).

Na chegada dos portugueses, em 1500, invadindo as terras pertencentes aos povos originários brasileiros e os dizimando, também ocorreu a colonização de saberes e práticas sobre o modo de vida e sobre os corpos de todos que aqui já viviam. Nesse momento, também ocorreu a introdução, a partir da colonização europeia, de várias doenças que até então não circulavam entre as populações indígenas, a exemplo da varíola, sarampo e gripe (Coimbra *et al.*, 2007).

Nessa época, quando o povo europeu chegou ao país e iniciou a imposição da sua



racionalidade no processo saúde e doença, se estruturaram as primeiras práticas institucionais de Vigilância em Saúde em território brasileiro, em uma perspectiva higienista, de controle e punitiva sobre a população, sobretudo para atender interesses econômicos. No período do Brasil Colônia, entre os séculos XVI e XIX, o controle das doenças era realizado pelos militares, que eram os responsáveis pelo saneamento e profilaxia das doenças transmissíveis e, portanto, houve uma imposição, através da cultura eurocêntrica, de uma visão unilateral de saúde (Paim, 2015). Desse modo, desde o Brasil Colônia, já estavam presentes ações governamentais voltadas à saúde das pessoas, porém articuladas com as preocupações econômicas da época (Costa, 2020).

Quadro 1. Síntese dos principais acontecimentos relativos à Vigilância em Saúde no Brasil.

Período	Acontecimentos históricos
Brasil Colônia	Século XIX: chegada da corte portuguesa no Rio de Janeiro. Primeiras ações com caráter de vigilância sanitária, justificadas para proteger a economia e a saúde (Paim, 2015; Marques, 2006).
Brasil Império	Criação da Junta de Higiene Pública, em 1850, no Rio de Janeiro, a fim de investigar e realizar ações protetivas para a febre amarela. No período, foram instituídas medidas de Vigilância em Saúde destacando-se atividades de higiene escolar e proteção voltadas às crianças e adolescentes. Criação da Inspeção-Geral de Higiene, após a reformulação dos serviços sanitários junto com a Inspeção-Geral de Saúde dos Portos e do Conselho Superior de Saúde Pública (Marques, 2006).
Brasil República	Criação da Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP) ligada ao Ministério da Justiça, em 1897. Em 1903, Oswaldo Cruz assume a sua direção, atuando para a erradicação do surto de febre amarela no Rio de Janeiro (Marques, 2006). Em 1920, com a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública, a expressão Vigilância Sanitária foi incorporada juridicamente no campo sanitário do Brasil (Costa e Rozenfeld, 2000).
Décadas de 1930 e 1940	As campanhas sanitárias eram focadas nas populações vulnerabilizadas, sendo priorizado o combate às doenças infecciosas e parasitárias, porque eram nos locais com maior concentração de pessoas (favelas) onde as transmissões aconteciam de forma mais rápida. Na década de 1940, estrutura-se o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) que atuava a partir de programas que associavam doenças contagiosas, diagnóstico precoce e tratamento preventivo, educação sanitária, atividades de higiene em geral e organização científica. Expansão da educação sanitária para os adultos visando mudança nos seus comportamentos. Introdução de educação sanitária nas escolas, baseadas no modelo eugenista, com técnicas de regulação e normatização a partir do Estado (Silva <i>et al.</i> , 2010).
1953	Criação do Ministério da Saúde como órgão único e independente, responsável pelo campo da Saúde. Anteriormente o órgão estava condicionado ao Ministério da Justiça e da Educação.



Década de 1960	<p>Discussões no cenário internacional influenciam o campo da Vigilância em Saúde no país. Em 1963, AlexanderLangmuir, nos Estados Unidos, conceitua a Vigilância em Saúde como a</p> <p>[...] observação contínua da distribuição e tendências da incidência de doenças mediante a coleta sistemática, consolidação e avaliação de informes de morbidade e mortalidade, assim como de outros dados relevantes, e a regular disseminação dessas informações a todos os que necessitam conhecê-la (Langmuir, 1963, p.183).</p> <p>A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1965, cria a Unidade de Vigilância Epidemiológica da Divisão de Doenças Transmissíveis, sendo que, a partir do ano de 1968, após a 21ª Assembleia Mundial da Saúde, ocorre uma ampla discussão sobre a aplicação da vigilância no campo da saúde pública, que resulta em uma visão mais abrangente e ampliada dos seus princípios, saindo da recomendação restrita às doenças transmissíveis (Langmuir, 1971).</p>
Década de 1970	<p>Implantação do Programa Nacional de Imunizações (PNI) (Waldman Costa, 1998). Em 1975, após a V Conferência Nacional de Saúde, é proposta a criação de um Sistema de Vigilância Epidemiológica, sendo estruturado um Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE), o qual reorganizou e padronizou o sistema de informação de doenças de notificação compulsória no território nacional, instituindo a notificação compulsória de casos e/ou óbitos de quatorze doenças, entrando em vigor no ano de 1976. O SNVE representou o primeiro passo de descentralização das ações de Vigilância em Saúde às secretarias de estado da saúde. No mesmo período, foi criado o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Em 1976, foi criada a Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária. E, em 1977, foi implantado o Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública, que incluiu a criação de redes estaduais (Paim, 2015; Oliveira e Cruz, 2015).</p>
Décadas de 1990 e 2000	<p>Somente após a criação do SUS, é que ocorreu um tensionamento para a criação da Vigilância Ambiental em Saúde, visto que até o momento apenas estavam organizadas e reguladas a Vigilância Epidemiológica e a Vigilância Sanitária, pouco sendo discutida a Vigilância em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Nesse período, também, ocorreu a discussão da conceituação de Vigilância em Saúde, suas fundamentações e propósitos. Em 2003, foi instituída a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) no Ministério da Saúde, através Decreto nº 4.726/2003 (Brasil, 2003).</p>

Fonte: elaboração das autoras.

Desde o princípio de sua concepção, a Vigilância em Saúde no Brasil vem sendo conformada e forjada a partir de princípios coercitivos e com pouco diálogo com as pessoas como foi supracitado. Muitas vezes, suas práticas punitivas utilizam até mesmo a força policial. Corroborando com Foucault (2021), o nascimento da medicina social tem sua procedência vinculada à polícia médica, que tinha como objeto o corpo enquanto força de produção/ trabalho, ou seja, com a finalidade econômica de servir ao capital, de tal modo que o Estado pudesse regular o corpo da população e conduzi-lo através da política pública. A história da vigilância no Brasil, ao longo do século XX, perpassou um espaço entre os campos político, econômico e de



saúde “na negociação de políticas de gerenciamento de risco sanitário, que pudessem tornar factível a triangulação Estado, sociedade e produção” (Marques, 2006, p.8). As decisões estavam concentradas nas mãos de tecnocratas com a adoção de um modelo repressivo de intervenção médica nos corpos individuais e sociais, com práticas de saúde extremamente autoritárias (Silva *et al.*, 2010). Em vista disso, pode-se compreender que a Vigilância em Saúde tinha em sua finalidade a preservação da saúde humana como necessária para o sistema econômico continuar girando.

Existem registros de que, já na época do Brasil República, Oswaldo Cruz possuía cerca de 1500 guardas para controle sanitário, os quais visavam o controle das doenças transmissíveis vigentes. Conforme a História da Saúde Pública no Brasil (Fundação Oswaldo Cruz, 2022), essas atuações não consideravam as condições históricas das pessoas, a atuação militarizada da saúde não respeitava a dignidade de uma parcela da população, que, na maioria das vezes, estava marginalizada e desprovida das condições sanitárias mínimas, em sua maioria, trabalhadores e trabalhadoras, majoritariamente negros e negras que, após a alforria, conformaram as primeiras favelas urbanas no Brasil. Portanto, as ações de vigilância eram inspiradas nos modelos campanhista dos exércitos, mantendo a estrutura e o modo de operação militares (Silva *et al.*, 2010; Waldman Costa, 1995).

Destaca-se que as orientações dos especialistas em saúde eram contrárias aos interesses políticos da época, sendo isso enfrentado até a atualidade, principalmente por governos que negam a ciência. As medidas de proteção utilizadas na época não tinham o cuidado de orientar a população sobre as medidas sanitárias tomadas e suas justificativas eram baseadas em ações repressivas e punitivas, resultando, sobretudo, na falta de diálogo e comunicação efetiva e adequada junto à população. Nesse período, devido ao contexto político e social vivenciado junto com uma grave epidemia de varíola, ficou marcada uma revolta popular, conhecida como Revolta da Vacina, em função das pessoas não concordarem com a forma como estava sendo conduzida a imunização obrigatória, como também a circulação de diferentes falácias discursivas sugestivas de que quem se vacinou ganharia feições bovinas (Fundação Oswaldo Cruz, 2022).

Acerca disso, registra-se que na atualidade brasileira, também existiram narrativas, com o mesmo viés fantasioso, do ex-presidente Jair Messias Bolsonaro (2019-2022) que sugeria que as pessoas imunizadas contra a Covid-19 poderiam se transformar em jacarés. Esses discursos negacionistas, reducionistas e mentirosos, tanto no século passado como na atualidade,



impulsionam dúvidas na população quanto à eficácia das medidas protetivas em relação às doenças imunopreveníveis.

Além disso, a fragilidade da comunicação em saúde, pode fortalecer medidas coercitivas do governo sobre a população em processos que desconsideram as relações entre saúde, enfermidade e condições de vida de cada território. A forma como o Estado conduziu a pandemia da Covid-19 no Brasil deixou evidente que algumas vidas eram consideradas matáveis e outras tinham o direito de viver, indo ao encontro de um modelo necropolítico que produz os corpos que não importam, lançando mão de um poder que atua sobre faixas etárias, sobre populações vulnerabilizadas. Ao contrário da biopolítica, a necropolítica induz a morte de determinados grupos populacionais (Mbembe, 2018).

Ao longo da trajetória da saúde pública no Brasil, essa perspectiva de Vigilância em Saúde foi se tornando hegemônica. Entretanto, produziu diferentes significados. Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2017, p.7), o Manual Técnico do Curso Básico de Vigilância em Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde aponta que a ação de Vigilância em Saúde

[...] traduz-se no verbo vigiar. O termo vigiar possui uma série de significados que se complementam: olhar, observar, cuidar, guardar, resguardar, proteger, tomar conta. Também significa espreitar, controlar, ficar de guarda e, até mesmo, defender, pôr a salvo e, para fazer isso, intervir. Normalmente, essa ação de vigiar, no campo da saúde pública, quando é preciso intervir, passa a ser uma ação típica de Estado, pois para vigiar no sentido de intervir é preciso ter credencial administrativa com poder para fazê-lo. É quando a vigilância necessita ter poder de polícia. Os agentes de vigilância, nesse caso, não são policiais, mas têm o poder de convocar a força policial para garantir a ação de intervir.

Dessa maneira, a Vigilância em Saúde é uma prática do Estado sobre a população, com a justificativa de proteção à saúde dos cidadãos. Além disso, integra diversas áreas de conhecimento e aborda diferentes temas, tais como política e planejamento, territorialização, epidemiologia, processo saúde-doença, condições de vida e situação de saúde das populações, ambiente e saúde e processo de trabalho. Fazer Vigilância em Saúde é um processo contínuo, sistematizado a partir da coleta, consolidação e análise de dados que objetivam um planejamento ininterrupto e implementação de ações que orientem a vida das pessoas e de uma sociedade. A partir dessa conceituação, houve a distribuição de Vigilância Epidemiológica, Vigilância Ambiental, Vigilância Sanitária e Vigilância em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (Brasil, 2017). Destaca-se que a territorialização aparece integrada à ação-informação como um processo



potencial articulador temático do nexo biopolítico necessário em tensão, contraditoriamente fragmentado.

A organização sanitária que há no Brasil é alicerçada na herança portuguesa pautada na centralização da administração pública (Marques, 2006; Mascarenhas, 1949). Também, a vigilância sanitária tem em sua ação a investigação da autoridade sanitária sobre o povo, o controle dos produtos de interesse sanitário, um repertório quase de inquérito policial, conforme evidenciado abaixo (Goulart, 1944, p.3):

E assim, ao entrar em uma habitação, a autoridade sanitária levará o espírito prevenido e preparado para, num rápido exame, certificar-se das condições de vida dos seus moradores, porque daí decorrem todas as observações que terá de fazer.

A narrativa exposta acerca do papel do vigilante sanitário que adentra aos estabelecimentos privados e faz uma vistoria determinando o que é saúde, segundo, exclusivamente, a normatização técnica construída institucionalmente versa sobre o imaginário coletivo e profissional da prática da vigilância até hoje. Dessa maneira, a Vigilância, enquanto tecnologia de governo, necessita articular em torno de si um arcabouço de mecanismos para viabilizar seus objetivos, como a capacidade de articular diversas forças legais, profissionais, administrativas e judiciais dentro de um dado governo. Autores (Miller e Rose, p.81) discorrem sobre uma definição de governo embasada em Foucault:

O governo é um campo de estratégias, técnicas e procedimentos através dos quais forças diferentes procuram tornar programas operáveis, e por meio dos quais uma multidão de conexões é estabilizada entre as aspirações das autoridades e as atividades de indivíduos e grupos.

Da mesma forma, durante todo o século XX o repertório que acompanha a vigilância está alicerçado em um conjunto de ações de um Estado Nação sobre a população, em consonância com o projeto político, econômico e social que atenda aos interesses econômicos, sobretudo comerciais internacionais (Marques, 2006).

Esta perspectiva está alinhada à noção de governamentalidade, definida por Foucault (2021, p.170), como o conjunto de instituições, técnicas, procedimentos, análises, estratégias, indicadores que permitem exercer o poder sobre as populações garantindo, com isso, sua manutenção política e econômica.

A governamentalidade faz parte da biopolítica descrita por Foucault. Sendo assim, pode



ser possível observar correspondências entre o papel da Vigilância desde sua concepção em relação às normatizações, com o mecanismo da biopolítica atuando no processo de modular o comportamento das pessoas, espaços e suas relações a partir de análises, indicadores e ações em saúde oriundas exclusivamente do conhecimento científico.

Importa lembrar que mesmo as ações de vigilância sendo historicamente praticadas, o aprofundamento teórico e político enquanto saúde pública, com a construção de uma Política Nacional de Vigilância em Saúde, no Brasil, só foi instituída após a 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde, ocorrida em 2018, onde ocorreu a incorporação de diretrizes e propostas para sua consolidação. Pensar nesse período tão longo para a construção de princípios orientadores para uma política pública, que tem sua prática consolidada na sociedade brasileira, torna-se interessante, sobretudo pelos interesses neoliberais do capital que fortalecem os problemas estruturais, de desigualdades socioespaciais, de degradação ambiental em favor, única e exclusivamente do mercado financeiro.

Em vista disso, talvez seja estratégico para o campo neoliberal não fortalecer uma política pública tão importante para a saúde, deixando-a sem princípios claros que atuem diretamente sobre as determinações socioambientais da saúde, ou ainda, uma política que discuta o modelo de desenvolvimento e que dialogue realmente com os territórios e suas populações, mantendo seu foco unicamente na modulação e controle de comportamentos de acordo com seus interesses.

3 METODOLOGIA

Trata-se de estudo de revisão narrativa, estruturada a partir da consulta a documentos técnico legais do Ministério da Saúde (MS) e consultas a livros e publicações nos sites institucionais, relacionados à Vigilância em Saúde. Também foram realizadas pesquisas bibliográficas na base de dados da Bireme, Biblioteca Virtual de Saúde, com os descritores Vigilância em Saúde, biopolítica, Vigilância Popular em Saúde. Tomou-se como eixo analisador a evolução histórica da Vigilância em Saúde no país; o caráter vigilante e punitivo da Vigilância em Saúde e as alternativas a esse modelo. Os resultados demonstram como se engendraram às práticas de Vigilância em Saúde como estratégias biopolíticas de controle, evidenciadas na revisão realizada, com base no levantamento da revisão de literatura, pesquisas e estudos publicados.



4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

4.1 VIGIAR A POPULAÇÃO, A VIDA E A SOCIEDADE

O desenvolvimento da sociedade moderna necessitou de uma tecnologia de poder para governar as condutas dos sujeitos, sendo possível, a partir do estabelecimento do Estado, a criação de mecanismos e estratégias de poder sobre os corpos e sobre as vidas das pessoas. Sendo assim, as ações praticadas pelo Estado, ou a governamentalidade, como Foucault traz, irão propiciar uma série de ferramentas para o controle e regulação dos sujeitos e da população, tornando as pessoas aptas para o trabalho, consumo e reprodução e, ao mesmo tempo, garantindo instrumentos para que cada sujeito seja também capaz de se conduzir, conforme as normas e as regras da sociedade moderna (Foucault, 2021).

Pode-se dizer que a Vigilância em Saúde atua com o mecanismo biopolítico a partir das normas oriundas do conhecimento científico que disciplina espaços a partir de suas verdades. A Vigilância exerce um poder sobre o corpo humano, quando, na coerção dos gestos e comportamentos, dos movimentos e aglomerações humanas, alia-se a uma ordem política global que impõe e faz legitimar a injustiça social. Dessa forma, o governo opera por meio da condução dos corpos, sejam estes individuais (poder disciplinar) ou coletivos (biopolítica), podendo aqui ser justificado por uma questão de saúde pública ou melhor por uma política de Vigilância em Saúde (Sevalho, 2016).

É necessário olhar e compreender a Vigilância em Saúde para além da instituição, no sentido de que não fique restrita às iniciativas profissionais individuais, expandindo a compreensão de que a atividade fim da Vigilância é, exclusivamente, somente vigiar algo, seja a si ou as populações, em especial, os processos de saúde e doença. Além disso, faz-se necessário superar os binarismos históricos presentes no campo da Vigilância: “bom x ruim”, “permitido x proibido” “saudável x doente”, “risco x segurança”, com orientações de saúde baseadas na biomedicina e atitude legal de vias disciplinares como, por exemplo, a possibilidade de ser multado caso armazene água em um balde destampado no pátio, entre outras orientações punitivas.



Destaca-se que, entre as políticas públicas de saúde, a Vigilância em Saúde possui poder de polícia através da Vigilância Sanitária. Esse poder é conceituado, segundo o Código Tributário Nacional (Brasil, 1996), em seu artigo 78, como:

[...] atividade da administração pública que limitando ou disciplinando direito, interesse ou liberdade, regula a prática de ato ou abstenção de fato, em razão de interesse público concernente à segurança, à higiene ordem, aos costumes, à disciplina da produção e do mercado, ao exercício de atividades econômicas dependentes de concessão ou autorização do Poder Público, à tranquilidade pública ou do respeito à propriedade e aos direitos individuais ou coletiva.

Isto posto, reflete-se que a Vigilância que opera por meio de um conjunto de práticas e tecnologias de cuidado, controle e imponha repressão às pessoas, implica pensá-la como uma importante tecnologia das artes de governar, portanto, uma tecnologia de governo. Uma Vigilância enquanto tecnologia de governo que, nas sociedades modernas, é capaz de ser a um só tempo, individualizante e totalizante, geral e específica, atingindo todos e cada um, estando dentro e fora da lei. Dessa maneira, atua como uma tecnologia biopolítica da governamentalidade liberal que tem como função promover o bom governo das coisas em favor da preservação da vida. Ela é composta por um conjunto muito complexo e heterogêneo que articula formas de promover a saúde pública, intervenções nas conformações das cidades e instrumentos de regulação da força de trabalho (formas de controle e cuidados dos trabalhadores, voltadas para o aumento da produtividade). Portanto, as tecnologias de governo vão muito além da utilização da Polícia repressiva e ostensiva do Estado (Exército, Brigada Militar, Polícia Civil), estando espalhadas em dispositivos de saúde pública também.

O modelo perpetuado de Vigilância em Saúde no Brasil segue colonizando os saberes, os corpos, os desejos, as relações e, portanto, nossas vidas. Na maioria das vezes, suas práticas não consideram as práticas dos territórios, da ancestralidade e das experiências das pessoas. Geralmente, a Vigilância em Saúde determina processos e relações sociais, prescreve caminhos, normatiza corpos, tornando-os meros números para indicar ações gerais e universais, muitas vezes sem compreensão das relações cotidianas. Ela circunda, muitas vezes, entre o autoritarismo e o paternalismo, afastando sua prática de uma efetiva participação popular.

Os discursos sanitários produzidos em nossa sociedade orientam nosso modo de ser e estar no mundo com suas verdades científicas, cuja legitimidade se estabelece por meio de estratégias biopolíticas que são aquelas estratégias que se ocupam da população (e não apenas



dos indivíduos em particular) e visam racionalizar os problemas coletivos e garantir a máxima utilidade da população para a produção de bens e riquezas (Foucault, 2021). Tais estratégias operadas pelos discursos sanitários buscam produzir subjetividades e condutas e, também, silenciar uma pluralidade incorporada em modos de existir que não se dão através dos discursos e práticas convergentes à razão científica moderna e, em nossa atualidade, à razão neoliberal.

A biopolítica opera sobre as populações e utiliza diferentes estratégias (Foucault, 2021). Da mesma forma, as práticas de Vigilância em Saúde nos oferecem modos de pensar e conduzir o corpo nos processos de saúde e doença, na nossa relação com a coletividade, na conformação da sociedade, além de poder ser utilizada como dispositivo biopolítico nas sociedades colonial-patriarcal-capitalistas, em atual dobra neoliberal (Rolnik, 2011) para estabelecer regimes de verdade, ou seja, o que é considerado correto e adequado em uma determinada sociedade, acerca das mais diversas dimensões da vida, modos pelos quais se constituem nossas subjetividades. Nesse sentido, a Vigilância em Saúde pode ser considerada um importante campo para legitimar discursos de verdade acerca de muitas dimensões da vida.

Grégoire Chamayou (2020), no seu livro *A Sociedade Ingovernável*, aponta sobre a condução de nossas vidas mediante a governabilidade, em que regras são determinantes das condutas e exercem um poder sobre as pessoas, em quase todos os seus papéis sociais e dimensões da vida. A Vigilância em Saúde, em analogia, exerce de fato um poder importante sobre as relações da sociedade, a vida das pessoas e, inclusive, sobre as instituições. A Vigilância exerce um poder direto, como na autorização para o funcionamento de um restaurante, por exemplo, ou indireto quando orienta a fervura da água de ingestão para diminuição dos patógenos presentes, influenciando nas condutas da sociedade que está inserida.

Ainda, cabe pensar nas práticas de Vigilância em Saúde que são executadas macropoliticamente impondo a hegemonia de saberes, principalmente os da biomedicina, mas também micropoliticamente quando fragmenta suas práticas socialmente. É possível problematizar que muitos processos, tecnologias e práticas de Vigilância estão encharcadas de verticalidade e autoritarismo, pois partem de uma lógica profissional-centrada, que privilegia o discurso cientificista e biomédico, predominante nos serviços de saúde.

Atualmente, no cenário pandêmico, a resposta do Estado seguiu o mesmo modelo de Vigilância que vem sendo praticado desde o século XIX. Esse modelo relaciona-se principalmente ao controle de doenças protagonizado por estruturas do Estado, ancorando-se na



ordem simbólica das representações belicistas da guerra contra os patógenos, movida pela microbiologia. Conceitos como “vigilância”, “controle”, “evento sentinela” e “campanha” pertencem a esse cenário de inspiração militar, que se centraliza na vigilância de doentes e de suspeitos, compondo uma política sanitária autoritária, persecutória e punitiva, como elementos que contribuem para inviabilizar a participação popular na Vigilância em Saúde (Sevalho, 2016).

Da mesma maneira, a Vigilância considera o processo de saúde e doença como algo individual, a partir de uma visão empírica reducionista, positivista e com prevenção etiológica. Analisa ainda que a Vigilância em Saúde é conduzida de forma vertical e centralizada pelo Estado sobre os trabalhadores e a população, com um referencial técnico-científico-acadêmico. Portanto, os indicadores são construídos, na maioria das vezes, com dados e informações vindas de setores distantes da vida das populações e através da biomedicina (Breilh, 2003). Entende-se, desta maneira, que a epidemiologia, área de dados da Vigilância, serviu em toda América Latina, por diferentes momentos históricos, aos interesses comerciais. Inclusive hoje com as informações pessoais em todas as plataformas de dados podem ser realizadas pesquisas sobre consumo de medicamentos, atitudes dos pacientes e perfis epidemiológicos de populações com finalidades ao capital (Breilh, 2015).

Em uma entrevista para a editora científica da revista Trabalho, Educação e Saúde Jaime Breilh (Breilh, 2015, p.7) relata que

Uma epidemiologia, mesmo feita com boas intenções, mas a partir de um modelo convencional de fatores de risco, acaba escondendo as profundas razões pelas quais temos ou não problemas de saúde. Então, eu diria que, por um lado, há os usos diretos da epidemiologia como ferramenta lucrativa ou política. E, por outro, há esse modelo epidemiológico causalista, sustentado pela teoria dos fatores de risco, que gera diagnósticos de saúde não relacionados com as profundas condições estruturais e de vida da população, mas que falam desse mundo dos fenômenos que cercam a doença e justificam uma prática monopolista e uma ação de saúde funcionalista.

Portanto, além de pensar de forma fragmentada e normatizar os processos de saúde e doença via indicadores com objetivos de manutenção da vida, na maioria das vezes, não se compreendem questões estruturais importantes e processos específicos dos territórios, como peculiaridades das relações socioambientais e culturais. Logo, trabalha-se de uma forma totalizante, a partir de uma Vigilância baseada no modelo cartesiano, biomédico, hegemônico. Dessa maneira, uma proposta que abre brechas nesse modo de operar da Vigilância é partir da articulação intersetorial social e política, dos modos de vida dos grupos, das condições



individuais de vida e dos efeitos finais nas pessoas, junto da compreensão do movimento e dos vínculos entre si (Breilh, 2015).

4.2 OUTROS CAMINHOS POSSÍVEIS PARA A VIGILÂNCIA EM SAÚDE

As perspectivas de reterritorialização da prática da Vigilância e de permeabilização de uma ação popular de interação ampliando o componente de participação social do SUS são fundamentais, em que retoma o cuidado coletivo e individual como objeto de deslocamento do pólo hegemônico do modo de produção para o modo de reprodução social. Isto significa uma reaproximação dos princípios da medicina social latino-americana e das perspectivas vitais dos povos originários ameríndios e quilombolas no Brasil e na América Latina.

Marcelo Firpo de Souza Porto (2017), quando reflete se a Vigilância pode ser geradora de autonomia, traz exemplos de experiências inovadoras que incluem, principalmente, a articulação vinda dos movimentos sociais e das populações que pensam o modelo de saúde desde seus territórios de vida. O autor destaca, ainda, que na década de 2010, durante o período do governo Luís Inácio Lula da Silva (Lula), existiram incentivos financeiros, a partir do Ministério da Saúde, para o desenvolvimento de uma proposta de vigilância em territórios específicos, aproximando-se de uma vigilância popular que refletisse e analisasse as condições de vida, saúde e suas determinações socioambientais. Essa experiência desenvolvia ações integradas de prevenção e promoção a partir da participação do território, com seus atores locais, organizando um plano de ação para o enfrentamento dos problemas de saúde elencados como prioritários pela comunidade. Essas experiências podem ser consideradas como o fortalecimento da vigilância pela população e diluem as fronteiras fragmentadoras da hegemonia dos saberes, percorrendo caminhos que priorizam e enfrentam problemas nos territórios.

O autor (Porto, 2017) aponta que os limites do modelo biomédico e produtivista - na organização de um sistema de saúde verticalizado e pouco dialógico - dificultou avanços na concepção de participação social na saúde coletiva para além do Controle Social. Embora importante no exercício da cidadania, no trabalho em redes com a sociedade e nas estratégias de participação e gestão democrática do SUS, a Saúde Coletiva manteve, até recentemente, a discussão da produção de conhecimentos e das ações de Vigilância como atributos dos profissionais especialistas. Uma importante exceção, além da saúde dos trabalhadores, tem sido



a construção da Educação Popular em Saúde, baseada principalmente nas contribuições de Paulo Freire, Victor VicentValla e Carlos Rodrigues Brandão.

Deste modo, ressalta-se a necessidade de construção de um monitoramento participativo, tendo como base a inteligência popular e a interculturalidade. Para o autor, a interculturalidade é uma relação estratégica e dialógica entre culturas, regida pelo reconhecimento e respeito mútuo, baseada na equidade de direitos e no reconhecimento das características sociais e metas estratégicas organizadas socialmente. O monitoramento participativo se exerce a partir da inteligência popular, visto que é “o olhar permanente da coletividade sobre os processos dos quais depende seu bem-estar, seu funcionamento democrático e a reprodução de suas conquistas materiais, culturais e humanas” (Breilh, 2003, p.942).

A Vigilância também pode ser um processo de geração de autonomia para o monitoramento popular, tendo como princípios a construção de espaços para viver que sejam produtores de vida, mais saudáveis, tanto no campo como na cidade, num caminho que consiga ir mais adiante da noção convencional e estática de sustentabilidade. Um caminhar pelos quatro “S” da vida: solidariedade, soberania, sustentabilidade e segurança (biossegurança). O autor diz ainda, que se uma sociedade não possui relações solidárias, não é soberana e não possui segurança/biossegurança na natureza e no ser humano, não há como pensar em modos de vida mais saudáveis (Breilh, 2019).

Na virada do século XXI, com o acirramento dos conflitos ambientais, que têm ocasionado mortes, sofrimentos e resistências, numerosos movimentos sociais e populações atingidas por grandes empreendimentos - como o agrohidronegócio, a mineração e a indústria - têm protagonizado experiências territoriais importantes. Essas experiências trazem análises e enfrentamento dos impactos à saúde, decorrentes das transformações territoriais, da degradação e poluição ambiental e da precarização do trabalho ofertado por esses empreendimentos à população local, mostrando que a saúde é uma dimensão sensível de suas vidas e mobilizadora para a construção de resistências (Rigotto *et al.*, 2018). Em resposta aos conflitos, bem como à pandemia da Covid-19, tem se desenvolvido experiências em Vigilância Popular, que albergam iniciativas de saberes e de práticas que nascem dos territórios e da organização popular na defesa do direito à saúde e à vida, mas que, por muitas vezes, ainda são desconsideradas, silenciadas e apagadas pelas concepções e ações institucionais de vigilância do campo sanitário do Estado (Correa-Filho, 2019; Carneiro e Pessoa, 2020).



5 CONCLUSÃO

A Vigilância, como tem sido performada pelo Estado brasileiro, reconfigurando o poder soberano e assumindo a função de governo da vida, pode ser considerada uma estratégia biopolítica, sobretudo no que se refere aos processos normativos e punitivos sobre a saúde da população e seus espaços de vida. Essas discussões, de uma Vigilância em Saúde menos hierarquizada, centralizadora, vertical e mais participativa, ou uma Vigilância Popular, não surgiram agora. Desde o pensar nos princípios do SUS, a territorialização da saúde com a construção de processos dialógicos (saberes populares e saberes científicos) junto às populações e seus territórios, integram caminhos para uma Vigilância Popular em Saúde.

No mundo atual, em que o modelo produtivista neoliberal promove, por parte dos governos e mercados, políticas, atitudes e comportamentos não compatíveis com as urgentes necessidades de preservação da vida, torna-se necessário pensar em possibilidades para a manutenção da existência humana a partir de resistências, sobretudo coletivas e solidárias. Isso perpassa, com extrema urgência, a necessidade de estruturar novas bases conceituais e metodológicas de Vigilância em Saúde, que possibilitem estratégias territorializadas e métodos mais participativos, promovendo a autonomia da população e evitando a segregação e a exclusão desta nos seus processos, incorporando diferentes saberes e práticas, além das dimensões econômicas, tecnológicas, políticas, sociais, culturais e espirituais. Uma Vigilância que problematize seu papel e a complexidade de suas ações, sobretudo trabalhando desde as determinações sociais da saúde, o direito social, a distribuição desigual dos riscos, a territorialização e enfrentando o racismo estrutural e ambiental.

Nessa direção, torna-se necessário compreender o enorme desafio que a Vigilância tem percorrido ao longo do tempo, o quanto sua implementação é desafiadora e complexa em todos os níveis do sistema, tanto no âmbito político quanto no técnico-operacional. Também, não interessa aqui destruir ou demonizar a Vigilância em Saúde, mas sim refletir sobre seus caminhos, desconstruir e problematizar suas práticas, como foram e estão sendo implementadas e, talvez, sugerir possibilidades para que se possa repensar sua atuação, sobretudo no sentido de ir ao encontro da real necessidade das pessoas, dialogando com os saberes populares, ancestrais e suas possibilidades, advindas das experiências de cada território e articuladas com seus modos de vida.



REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto nº 4.726, de 09 de junho de 2003**. Aprova a estrutura regimental e o quadro demonstrativo dos cargos em comissão e das funções gratificadas do Ministério da Saúde e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 2003. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2003/decreto-4726-9-junho-2003-496874-norma-pe.html>>. Acesso em: 22 out 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual técnico do curso básico de vigilância em saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde** [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <https://renastonline.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/recursos/manual_tecnico.pdf>. Acesso em: 22 out 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 588**, de 12 de julho de 2018. Fica instituída a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS) [Internet]. Brasília: Diário Oficial da União; 2018. Disponível em: <<https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso588.pdf>>. Acesso em: 22 out 2024.

BRASIL. Código Tributário Nacional. Lei nº 5.172, de 25 de outubro de 1966. Dispõe sobre o Sistema Tributário Nacional e institui normas gerais de direito tributário aplicáveis à União, Estados e Municípios [Internet]. Brasília: Diário Oficial da União; 1966. Disponível em: <https://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/91647/codigo-tributario-nacional-lei-5172-66#art-78>

BREILH, J. De la vigilancia convencional al monitoreo participativo. *Ciencias & Saúde Coletiva* [Internet], 2003, v. 8, n. 4, p. 937-951. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000400016>. Acesso em: 23 out 2024.

BREILH, J. Entrevista: Jaime Breilh. **Trabalho, Educação e Saúde** [Internet], 2015, v. 13, n. 2. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sip00071>. Acesso em: 23 out 2024.

BREILH, J. Ciência crítica para avaliação de impactos na saúde coletiva – ecossistemas (uma operacionalização das 4 “S” da vida). **Revista Facultad Nacional de Salud Pública**, 2019, v. 2.

CARNEIRO, F.F.; PESSOA, V.M. Iniciativas de organização comunitária e Covid-19: esboços para uma vigilância popular da saúde e do ambiente. **Trabalho, Educação e Saúde** [Internet], 2020, v. 18, n. 3, p. 1-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00298>. Acesso em: [data de acesso].

CHAMAYOU, G. **A sociedade ingovernável: uma genealogia do liberalismo autoritário**. São Paulo: Ubu Editora, 2020.

COIMBRA JR, S. C; VENTURA, R; CARDOSO, A M. Processo saúde–doença. In: BARROS, DC; SILVA, DO; GUGELMIN, SA (orgs). **Vigilância alimentar e nutricional para a saúde indígena** [Internet]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007. Disponível em:



<<https://books.scielo.org/id/fyyqb/pdf/barros-9788575415870-04.pdf>>. Acesso em: 22 out 2024.

CORREA-FILHO, H.R. A utopia do debate democrático na vigilância em saúde. **Saúde em Debate** [Internet], 2019, v. 43, n. 123, p. 979-986. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2019.v43n123/979-986>. Acesso em: 23 out 2024.

COSTA, E. A.; ROZENFELD, S. Constituição da vigilância sanitária no Brasil. In: ROZENFELD, S. (org.). **Fundamentos da Vigilância Sanitária** [Internet]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2000. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/d63fk/pdf/rozenfeld-9788575413258.pdf>. Acesso em: 22 out 2024.

FOUCAULT, M. **Segurança, território, população**. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

FOUCAULT, M. **Em defesa da sociedade**. São Paulo, SP: Martins Fontes, 2005.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 13 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2021.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Cinco dias de fúria**: Revolta da Vacina envolveu muito mais do que insatisfação com a vacinação [Internet]. 2022. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/noticia/cinco-dias-de-furia-revolta-da-vacina-envolveu-muito-mais-do-que-insatisfacao-com-vacinacao>>. Acesso em: 22 out 2024.

GOULART, B. Do policiamento domiciliário a cargo do Serviço de Centros de Saúde na Capital: sugestões para uma nova regulamentação. **Arquivos de Higiene e Saúde Pública**. Relatório de Serviços. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública – USP, 1944.

LANGMUIR, A. The surveillance of communicable diseases of national importance. **New England Journal of Medicine**, v. 268, p. 182-192, 1963.

LANGMUIR, A. Evolution of the concept of surveillance in the United States. **Proceedings of The Royal Society of Medicine**, v. 64, p. 681-684, 1971. MARQUES, MCC. **VISA** - da gestão ao risco sanitário. São Carlos: RIMA, 2006.

MASCARENHAS, R. S. Contribuição para o estudo da administração sanitária estadual em São Paulo. 1949. **Tese (Doutorado)** - Faculdade de Higiene e Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1949.

MBEMBE, A. **Necropolítica**. 3 ed. São Paulo: N1-edições, 2018.

MILLER, P.; ROSE, N. **Governando o presente**: gerenciamento da vida econômica, social e pessoal. São Paulo: Paulus, 2012.

NEGRIS, A. Biopolítica e necropolítica: uma questão de poder. **Ítaca** [Internet], 2020, v. 36, p. 79-102. Disponível em: <https://doi.org/10.59488/itaca.v0i36.31835>. Acesso em: 22 out 2024.



OLIVEIRA, C. M.; CRUZ, M. M. Sistema de Vigilância em Saúde no Brasil: avanços e desafios. **Saúde em Debate**, [S. l.], v. 39, n. 104, p. 464-474, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-110420151040385>. Acesso em: 22 out 2024.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS?** [Internet]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015. Disponível em: <http://www.livrosinterativoseditora.fiocruz.br/sus/>. Acesso em: 22 out 2024.

PORTO, M. F. da S. Pode a Vigilância em Saúde ser emancipatória? Um pensamento alternativo de alternativas em tempos de crise. *Ciencias& Saúde Coletiva* [Internet], 2017, v. 22, n. 10, p. 3149-3159. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320172210.16612017>. Acesso em: 23 out 2024.

RIGOTTO, R. M; AGUIAR, Ana Cláudia Pereira; PONTES, Ana Gabriela Vieira; SILVA, Danilo Santos; BERNARDO, Edilene Maria. **Tramas para a justiça ambiental: diálogo de saberes e práxis emancipatórias**. Fortaleza: Edições UFC, 2018.

ROLNIK, S. **Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo**. Porto Alegre: Sulina Editora da UFRGS, 2011.

SEIXAS, R. Da biopolítica à necropolítica e a racionalidade neoliberal no contexto do Covid-19. **Voluntas: revista internacional de filosofia**, [Internet], v. 11, e50, p. 1–11, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5902/2179378643939>. Acesso em: 22 out 2024.

SEVALHO, G. Apontamentos críticos para o desenvolvimento da vigilância civil da saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 26, n. 2, p. 611-632, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312016000200014>. Acesso em: 22 out 2024.

SILVA, C. M. C. *et al.* Educação em saúde: uma reflexão histórica de suas práticas. **Ciênc. Saúde Coletiva** [Internet], v. 15, n. 5, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500028>

WALDMAN, E.A.; COSTA, R. T. E. **Vigilância em saúde pública** [Internet]. São Paulo: IDS - Faculdade de Saúde Pública da USP, 1998. Disponível em: <https://colecoes.abcd.usp.br/fsp/items/show/2385>. Acesso em: 22 out 2024.