



Felipe Bagatoli Silveira Arjona

**Vigilância Popular em
Saúde: Uma prática espacial para
emancipação humana**

Tese de Doutorado

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor em Geografia pelo Programa de Pós-Graduação em Geografia, do Departamento de Geografia e Meio Ambiente da PUC-Rio.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Regina Célia de Mattos

Rio de Janeiro,
Dezembro de 2021



Felipe Bagatoli Silveira Arjona

**Vigilância Popular em
Saúde: Uma prática espacial
para emancipação humana**

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor em Geografia pelo Programa de Pós-Graduação em Geografia da PUC-Rio. Aprovada pela Comissão Examinadora abaixo:

Profa. Dra. Regina Célia de Mattos

Orientadora

Departamento de Geografia e Meio Ambiente – PUC-Rio

Prof. Dr. José Borzacchiello da Silva

Departamento de Geografia e Meio Ambiente – PUC-Rio

Profa. Dra. Nilza Rogéria de Andrade Nunes

Departamento de Serviço Social - PUC-Rio

Profa. Dra Rita de Cássia Martins Montezuma

Departamento de Geografia - UFF

Prof. Dr. Fernando Ferreira Carneiro

FIOCRUZ/CE

Rio de Janeiro, 17 de Dezembro de 2021

Todos os direitos reservados. É proibida a reprodução total ou parcial do trabalho sem autorização da universidade, da autora e do orientador.

Felipe Bagatoli Silveira Arjona

Graduou-se em Geografia (bacharelado e Licenciatura) pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (2006). Especialização em Políticas Territoriais no Estado do Rio de Janeiro pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (2009), Mestrado em Geografia pela Faculdade de Formação de Professores da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (2015) e atualmente Doutorando em Geografia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Professor-pesquisador da Fundação Oswaldo Cruz na unidade técnico-científica Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, com lotação no Laboratório de Educação Profissional em Vigilância em Saúde.

Ficha Catalográfica

Arjona, Felipe Bagatoli Silveira

Vigilância popular em saúde : uma prática espacial para emancipação humana / Felipe Bagatoli Silveira Arjona ; orientadora: Regina Célia de Mattos. – 2021.

145 f. ; 30 cm

Tese (doutorado)–Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Geografia e Meio Ambiente, 2021.

Inclui bibliografia

1. Geografia e Meio Ambiente - Teses. 2. Espaço. 3. Corpo. 4. Vigilância em saúde. 5. Vigilância popular em saúde. 6. Emancipação. I. Mattos, Regina Célia de. II. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Departamento de Geografia e Meio Ambiente. III. Título.

CDD: 910

À minha família
Obrigado por acreditar

Agradecimentos

“Eu quero ser Tribeiro quando crescer”

A frase remete a uma resposta que dava quando criança sobre o futuro. É curioso pensar nela para escrever os agradecimentos desta tese de doutoramento. O “tribeiro” era como entendia ser o motorista do ônibus chamado Tribus, que levava minha família para o Estado do Espírito Santo todas as férias e feriados. Admirava naquele motorista como poderia ver o mundo em sua rotina. O ponto entre essa frase e esta pesquisa são as pessoas que cruzaram meu caminho e aqui trato de forma resumida. Foram saberes adquiridos pelo convívio e que hoje compõem o meu Ser. E também os lugares em que vivi. Nasci em um território em resistência, na comunidade do Horto. Me criei em um condomínio habitacional em Jacarepaguá e ainda retorno todos os anos ao Espírito Santo, local da agricultura familiar e de muito afeto.

É preciso agradecer os saberes ancestrais, absorvidos através dos anciões de minha família, que já partiram desta vida. Agradeço aos meus bisavós: Ricardo, grande benzedeiro, com seu ramo de folhas e seu latim buscava a cura física e espiritual das pessoas, Matheuzão, sanfoneiro, meu mestre cartola, como quis aprender tocar sanfona com ele, e minha bisa, dona Antonieta, que me deixou recentemente com 104 anos, pela felicidade de poder conviver nos seus últimos anos. Meus avós, Maria Helena e Moacir, meus primeiros confidentes. Fizeram uma poupança para minha faculdade e não puderam ver esse sonho. Só após anos de estudo entendo a dor que minha avó sentia quando passeava com seu neto branco e ouvia comentários racistas. Alguns textos desta tese me trouxeram a vontade de te abraçar. Meus avós Ângelo e Lila, ele com uma inteligência espetacular onde meus primeiros questionamentos sobre o saber científico como verdade única, e Lila, seu sorriso e sua risada gostosa ainda permeia minha lembrança.

Aos meus pais, Marcelo e Carminha, e também tia Márcia, sei o sacrifício que é educar um jovem periférico no Brasil e só tive consciência com amadurecimento. Foi sofrido, mas vocês acreditaram e sonharam. A minha irmã Marcela, só tenho carinho e admiração por você. Aos meus tios e tias, minhas primeiras referências, absorvi seus vícios e suas virtudes no mesmo tempo que passavam o amor. Victor, meu cunhado, e meus primos e primas também merecem citação nesses agradecimentos.

Ainda sobre família, amor é uma escolha diária, como disse Bárbara para mim. E cada dia torna-se eterno. Encaramos uma verdadeira revolução em amar em uma pandemia, os dois com prazos no doutorado, adaptando ao home office, vivenciando dores e partidas, e ainda assim escolhendo estar juntos. E nossos pets, os gatos Leon e Matilda e a Gansa Nina nos tirando sorriso e seu o melhor presente que poderia receber. A agradeço também a sua família pelo acolhimento.

É preciso falar e agradecer os saberes afetuosos. Regina, não consigo agradecer apenas a sua orientação. É muito mais que isso! É quando parou para ouvir um menino inseguro, confuso e disperso que entrava em uma universidade. Ali você “pariu” outra pessoa. Seus conselhos me amadureceram para o mundo que se apresentava. Puxões de orelha necessários, e muito afeto. E-mails com a seleção para Fiocruz, foi você! Rever meus textos para todas as tentativas em fazer mestrado e doutorado, foi você! Devo tudo isso a você!

Os afetos que encontramos na vida são os que nos impedem de desistir. Olhando o passado entendo minha insegurança. Foi muito difícil um garoto mal tinha saído do seu bairro chegar a PUC. Com isso, agradeço aos amigos que sempre apoiaram, mas é difícil listar aqui todos. Ernesto, Fred, Agni, Mari, Evelyn, Fernanda, Bernardo, Tiago, Tinoco, Ferê, Livia, Renan, Max, Léo, Godinho, Paulinha e muitos outros que apoiaram nesse momento. Também tenho que agradecer Nath por tudo. Tem também os que vinheram nesse processo como Duda, Soares, Marion, Fred, Gustavo e muitos outros que comporiam esta família.

Agradeço também aos amigos da Merck, sempre aos sorrisos e abraços quando me encontram. Guardo com carinho a lembrança de vocês em minha formatura. Merck vai ter mais um “Dotô”!

Um parágrafo especial aos pais dos meus amigos. Tenho carinho e admiração por todos. Todos os conselhos e como foram de inspiração para mim. Guardarei uma eterna saudade pelo meu amigo Zé Carlos.

Agradeço aos saberes acadêmicos e científicos adquiridos nessa caminhada. Tive o privilégio de só ter orientadoras mulheres na graduação, especialização, mestrado e agora no doutorado. Inês, Rita, Suzana, Cátia Antônia e Regina. Duas orientadoras são mulheres negras. A formação dessas mulheres possibilitou meu processo de desconstrução, inacabado, da minha formação no patriarcado. Me mostraram uma ciência sensível e forte, resistente e preparada para o enfrentamento em uma academia branca, masculina e classista.

Agradeço aos professores João Rua e Álvaro Ferreira pela inspiração e por estar ao lado na construção epistemológica da Geografia. Agradeço a todos os docentes do departamento de Geografia da PUC e principalmente os que estão desde 2001. Sem ironia, agradeço aos professores que me disseram que não tinha condições de me formar. Doeu no dia, mas me fez entender que não iria resolver minhas deficiências de ensino na graduação. A partir daí busquei minha individualidade e não um padrão de aluno. Foi quando entendi o potencial da minha vivência e ancestralidade para minha vida profissional.

Agradeço a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio e ao Laboratório de Educação Profissional em Vigilância em Saúde e todos os seus trabalhadores e trabalhadoras. Agradeço a todos os educandos que me formaram em sala de aula, aos ACSs, ACEs, militantes de favelas, povos tradicionais etc., que se dispõem a estar em sala de aula construindo um ideal para saúde pública. Dos amigos queridos que conquistei na instituição, destaco Alexandre e Alex que ligaram, conversaram e contribuíram diretamente para confecção desta tese.

Agradeço ao projeto do Participatório em Vigilância Popular em Saúde, ambiente e trabalho. Espaço que me acolheu neste ano e que contribuiu com o aprendizado. A todos os seus participantes, pesquisadores, membros de movimentos sociais, alunos, militantes e muitos outros que fazem cada intervenção uma fala necessária para sociedade.

À banca desta tese, obrigado pela disposição em ler e avaliar este trabalho! Aos professores José Borzacchiello da Silva, Nilza Rogéria de Andrade Nunes, Rita de Cássia Martins Montezuma e Fernando Ferreira Carneiro.

À PUC, instituição com importância na minha vida e na vida da minha família. Onde dei meus primeiros passos literalmente. Brinquei de pique esconde no campus e confraternizei nas festas dos funcionários. E depois com 18 anos me assustei. Achei que aquele local não me pertencia. Tive dúvidas a cada nota baixa. Um texto de Hanna Arendt me fez acordar. Foi a primeira vez que li, entendi e refleti. Depois disso, com ajuda de amigos e professores cheguei aqui, nesta tese.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

Por todos e todas que passaram em minha vida, um grande agradecimento.

Resumo

Arjona, Felipe Bagatoli Silveira; Mattos, Regina Célia de Mattos. **Vigilância Popular em Saúde: Uma prática espacial para emancipação humana**. Rio de Janeiro, 2021. 145p. Tese de Doutorado – Departamento de Geografia e Meio Ambiente, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

A presente tese nasce de uma contestação às concepções hegemônicas na ciência e no senso comum sobre o pensar a saúde humana, problematizando a sua influência nas práticas de saúde pública e na organização popular para proteção da vida, apontando para uma alternativa à Vigilância em Saúde como uma ação da biopolítica do Estado para controle e padronização de corpos: a Vigilância Popular em Saúde, uma prática espacial para emancipação humana, um devir no qual grupos subalternos apropriam-se de mecanismos de biopoder para soberania sobre seus corpos. A orientação metodológica está pautada no materialismo histórico-dialético na compreensão do real em movimento e seu desenvolvimento teórico-crítico indicando que: a) A Vigilância em Saúde é um instrumento de biopoder para manutenção da hegemonia social e tem seu escopo de atuação limitada, impossibilitando a solução para crises sanitárias e sociais que precarizam vidas humanas de forma desigual. b) As experiências analisadas são estratégias contra-hegemônica através de práticas espaciais de atores sociais em distintas realidades brasileiras, que associaram conhecimentos científicos com os diversos saberes populares na construção de ações para enfrentamento aos processos de adoecimento humano. c) Uma trajetória teórica e prática foi construída através da relação sociedade e natureza, na historicidade da condição física do corpo e na determinação socioespacial da saúde, para então vislumbrar a realização de práticas espaciais emancipatórias da Vigilância Popular em Saúde. Esta tese é uma análise sobre uma alternativa ao Estado moderno, é uma reflexão sobre as práticas espaciais para emancipação humana, uma contribuição ao debate teórico e a ação de grupos subalternos na busca pela transição para uma sociedade pautada na justiça social.

Palavras-chave

Espaço; Corpo; Vigilância em Saúde; Vigilância Popular em Saúde; Emancipação

Abstract

Arjona, Felipe Bagatoli Silveira; Mattos, Regina Célia de Mattos. **Popular Health Surveillance: A Spatial Practice for Human Emancipation.** Rio de Janeiro, 2021. 145p. Tese de Doutorado – Departamento de Geografia e Meio Ambiente, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

This thesis is born from a challenge to the hegemonic conceptions in science and common sense about thinking about human health, problematizing its influence on public health practices and popular organization for the protection of life, pointing to an alternative to Health Surveillance as an action of State biopolitics for the control and standardization of bodies: the Popular Health Surveillance, a spatial practice for human emancipation, a becoming in which subaltern groups appropriate biopower mechanisms for sovereignty over their bodies. The methodological orientation is based on the historical-dialectical materialism in the understanding of the real in movement and its theoretical-critical development indicating that: a) Health Surveillance is an instrument of biopower for the maintenance of social hegemony and has its scope of action limited, making it impossible to solve health and social crises that make human lives precarious in an unequal way. b) The analyzed experiences are counter-hegemonic strategies through spatial practices of social actors in different Brazilian realities, which associated scientific knowledge with the various popular knowledge in the construction of actions to confront the processes of human illness. c) A theoretical and practical trajectory was built through the relationship between society and nature, in the historicity of the physical condition of the body and the socio-spatial determination of health, to then glimpse the realization of emancipatory spatial practices of Popular Health Surveillance. This thesis is an analysis of an alternative to the modern state, a reflection on spatial practices for human emancipation, a contribution to the theoretical debate and the action of subaltern groups in the search for the transition to a society based on social justice.

Keywords

Space; Body; Health Surveillance; Popular Health Surveillance; Emancipation

Sumário

1. Introdução	12
2. Construindo um método para a trajetória da análise.	34
3. A Vigilância em Saúde: biopolítica, soberania e ação coletiva	47
3.1 Biopolítica e a pseudoconcreticidade	48
3.2 Biopolítica e a Vigilância em Saúde	51
3.3 Colonialismo (colonialidade) e imperialismo	58
3.4 Hegemonia e Vigilância em Saúde no Brasil	66
3.5 Soberania e Vigilância em Saúde	71
4. Vigilância Popular em Saúde: Uma revisão teórica sobre o tema	75
4.1 Procedimentos para revisão narrativa	76
4.2 Uma concepção em construção	80
4.3 A relação com o Estado	86
4.4 As práticas da organização popular	91
4.4.1 Emergências em saúde	94
4.4.2 Precarização da vida	99
5. Trajetórias teóricas e práticas para Vigilância Popular em Saúde	101
5.1 A “saúde” do metabolismo social-natural	102
5.2 A Determinação Socioespacial da Saúde:	108
5.3 A historicidade da condição física do corpo	118
5.4 Práticas espaciais emancipatórias	125
6. Considerações Finais	132
7. Referências Bibliográficas	137

*Subiu a construção como se fosse máquina
Ergueu no patamar quatro paredes sólidas
Tijolo com tijolo num desenho mágico
Seus olhos embotados de cimento e lágrima
Sentou pra descansar como se fosse sábado
Cameu feijão com arroz como se fosse um príncipe
Bebeu e soluçou como se fosse um naufrago
Dançou e gargalhou como se ouvisse música
E tropeçou no céu como se fosse um bêbado
E flutuou no ar como se fosse um pássaro
E se acabou no chão feito um pacote flácido
Agonizou no meio do passeio público
Morreu na contramão atrapalhando o tráfego*

Chico Buarque, Construção.

1 Introdução

A presente pesquisa nasce de uma contestação às concepções hegemônicas na ciência e nos saberes populares sobre o pensar a saúde humana na lógica positivista, da causalidade dos fenômenos, do cuidado individual e com base no conhecimento biomédico. E assim, problematizar a influência deste pensamento nas práticas de saúde pública e na organização popular para autonomia e soberania sobre a condição de saúde dos sujeitos.

A presente pesquisa nasce também por uma questão social, especificamente na sociedade capitalista: o valor da vida. Como coloca Judith Butler: “É exatamente porque um ser vivo pode morrer que é necessário cuidar dele para que possa viver. Apenas em condições nas quais a perda tem importância o valor da vida aparece efetivamente” (BUTLER, 2019 p.32). A autora faz um questionamento fundamental para pensar o ser no capitalismo do século XXI: quando a vida é passível de luto? Os adoecimentos e mortes são banalizados quando atingem determinados corpos na sociedade, marginalizados pela condição social, pela cor, pelo gênero e pelo endereço.

A busca por soberania sobre o corpo, fundamental para existência humana de grupos subalternos, é uma prática contra hegemônica frente à estruturação da sociedade capitalista que torna o corpo um objeto ou peça da cadeia produtiva global. Emergem assim práticas realizadas por grupos, coletivos e organizações populares para vigilância, monitoramento, prevenção e na promoção da saúde, espelhadas nas ações da Vigilância em Saúde (Pública) realizada pelo Estado.

A Vigilância em Saúde é uma ação do Estado para monitoramento da saúde da população. Sua atuação é voltada para vigilância, prevenção e controle de doenças. Realiza diversas ações de intervenção ao nível do Estado nação, que influencia diretamente o cotidiano da população. Compõe o Sistema Único de Saúde (SUS) como um sistema que desloca a atenção ao cuidado individual para saúde coletiva. Há um desenvolvimento tecnológico avançado na construção de técnicas de controle de doenças desenvolvida por instituições de pesquisa e pelo complexo médico-industrial. A COVID-19 popularizou as

ferramentas da vigilância em sua vertente epidemiológica através da notificação de casos, controle do crescimento das doenças em espaço e tempo definidos e estratégias como quarentena e imunização da população. Também compõe um sistema de Vigilância em Saúde a sua vertente ambiental, sanitária e da saúde do trabalhador.

Esta tese afirma que a Vigilância Popular em Saúde é uma proposta para emancipação humana, um devir no qual grupos subalternos apropriam-se de mecanismos de biopoder para soberania sobre seus corpos. A determinação social do processo saúde-doença evidencia a precarização da vida em espaços da pobreza e da exclusão social e econômica, tornando necessária através de uma abordagem crítica a ordem social instituída, a construção de caminhos emancipatórios.

O desenvolvimento da pesquisa para compreensão desta tese promove desafios teóricos à Geografia, incluindo a necessidade de interfaces com as ciências da saúde, principalmente a Epidemiologia Social (crítica), e as ciências humanas com destaque a Sociologia, Ciência Política e a História Social. Delimita-se o olhar para saúde humana através da pesquisa social-crítica, não negligenciando os aspectos biológicos inerentes ao adoecimento, mas pontuando que a doença não é um fenômeno a-histórico, e sim a materialização da condição humana no seu tempo histórico.

A Vigilância Popular em Saúde é uma alternativa que se apresenta em debates atuais com movimentos sociais, instituições de pesquisa e trabalhadores da saúde, uma necessidade que emerge da apropriação da sociedade dos conhecimentos técnico-científicos (Vigilância em Saúde), com os saberes populares constituídos através do tempo para vigilância, proteção e promoção da vida. É uma ação coletiva para proteção da vida humana.

O objeto da tese é a vigilância como uma estratégia biopolítica apropriada por grupos subalternos para realização de práticas espaciais denominada Vigilância Popular em Saúde. O objeto é um processo para rompimento de dualismo como hegemonia/contra-hegemonia, soberano/subalterno, dominante/-dominado, ou seja, o rompimento de assimetrias de biopoder para manutenção da vida e emancipação humana. Compreende-se que a apropriação da Vigilância em Saúde é um processo que constitui um saber construído através de conhecimentos populares e científicos para ação coletiva que visa à autonomia sobre a condição física do corpo.

O conceito de biopolítica desenvolvido por Michael Foucault (1988) é instrumento teórico para evidenciar a relação do poder soberano no controle da vida. O biopoder compõe a relação entre o soberano e o subalterno para definir a capacidade de decidir sobre a vida humana. A disputa de poder nessa questão envolve a decisão acerca do momento de quem pode morrer ou se manter vivo. A sociedade impõe uma hierarquia para quem a vida é descartável baseada nas relações de gênero, raça e classe social. Nesse sentido, a política sobre o corpo materializa-se nas realidades cotidianas, onde o ser vivencia o espaço através do corpo.

Os problemas de saúde decorrentes da organização social, ou seja, de uma determinação social do processo saúde-doença compõe estudos das ciências da saúde para entender a dinâmica social da saúde nas relações capitalistas. A aproximação da teoria geográfica se dará através da abordagem sobre a determinação social da saúde e a sua espacialidade. Este trabalho de tese tem intenção de contribuir através da Geografia na construção de um método analítico relacionado à determinação social da saúde e da doença centrado no conceito de Espaço e na emancipação humana. As categorias geográficas são amplamente contempladas nos estudos de saúde coletiva, e esta reflexão não busca inovação nesse aspecto. Pretende-se evidenciar o Espaço como conceito central para compreensão da totalidade do processo saúde-doença. A constelação de conceitos proposta por Haesbaert (2014) influenciada por Milton Santos são apontamentos teóricos instigantes e colocam desafios aos geógrafos e geógrafas na análise sobre objetos de pesquisa através de conceitos que estruturam a relação da teoria e prática na compreensão da realidade.

O estudo definiu-se com base na crítica das condições de saúde na sociedade atual explicitada no questionamento geral da sociedade capitalista. A Vigilância Popular em Saúde como uma proposta de emancipação humana é uma práxis¹ revolucionária para a transformação da sociedade, pois transformando a sociedade podem-se transformar as condições de saúde humana. Evidente que não encontramos a imortalidade com o fim do capitalismo, mas o que de fato deve-se ater é no fim das formas de adoecimento ocasionados pelos processos de acumulação de capital. Por isso, a questão

¹ Consideramos o termo práxis no sentido atribuído por Marx como “atividade livre, universal, criativa e auto criativa, por meio da qual o homem cria (faz, produz), e transforma (conforma) seu mundo humano e histórico e a si mesmo” (BOTTOMORE, 2012 p.460).

central desta pesquisa indaga se o processo para emancipação humana compreende as práticas espaciais da Vigilância Popular em Saúde? Esse questionamento tem fundamento na viabilidade de construção de uma proposta para soberania de grupos subalternos através da saúde da coletividade. Quem propõe, se coloca em dominação frente a alguém, porém, uma proposta para realização de práticas espaciais emancipatórias não é uma prescrição para um ser social subalterno, na forma de uma trajetória fechada e estática. Esta tese desvanecerá na medida que a sociedade chegar próxima de concluir a transição do capitalismo para um mundo mais justo, o que levará a novos questionamentos. Outro ponto que qualifica o questionamento central é compreender a cisão entre a universidade e a sociedade no desenvolvimento da pesquisa. A hierarquia dos saberes (científicos, populares, ancestrais, holísticos) desafia o conhecimento da sociedade na construção de uma unidade para refletir em como trazer autonomia e saúde para a existência humana

Esta tese também é construída com base em questionamentos secundários que auxiliam na condução da pesquisa em todo processo de investigação. A Vigilância Popular em Saúde é um processo de soberania espelhada na ação do Estado que não cumpre o papel de tornar a saúde um direito adquirido? Quais são os sujeitos onde a ordem social torna necessária a organização coletiva para soberania sobre a saúde humana? A relação do homem com a natureza, a determinação socioespacial da saúde e a historicidade da condição física do corpo é uma construção teórica que materializa a possibilidade da soberania através da Vigilância Popular em Saúde? Como construir práticas espaciais emancipatórias em uma sociedade dominada por uma ordem sociometabólica capitalista? Estas questões secundárias estruturam a linearidade da tese e procuram, ao final, responder se de fato podemos compreender a Vigilância Popular em Saúde como um movimento da sociedade em busca da soberania popular como uma proposta de emancipação humana.

A tese tem como objetivo geral compreender a Vigilância Popular em Saúde como uma prática espacial para soberania de grupos subalternos. Com isso, serão desenvolvidos objetivos específicos traduzidos em capítulos, com sua composição linear que conduz a crítica a uma ação propositiva, trazendo a teoriz(ação) como prática para transformação social. Estes objetivos estão organizados como: 1) Analisar a biopolítica através da vigilância enquanto ação de saúde pública articulada a produção da sociedade em um contexto onde o

Estado não garante o direito à saúde para grupos subalternos; 2) Compreender as multidimensões da Vigilância Popular em Saúde através das ações de resistências de grupos subalternos; 3) Construir uma trajetória teórica e crítica através da Vigilância Popular em Saúde para compreensão da determinação socioespacial da saúde;

A problemática desta pesquisa decorre da vigência de um modelo hegemônico de pensar a saúde humana através de modelos medico-centrados, que influenciam a construção de políticas públicas para saúde. Este modelo foi “reconhecido e incorporado pelos serviços de saúde, pelos seus benefícios para promover o alívio da dor e o tratamento de diversas doenças que afligem a humanidade” (FERTONANI et al., 2015, p.1870). Os autores afirmam que o modelo hegemônico (biomédico) tem limites na atenção à saúde das pessoas, destacando “o foco no indivíduo indiferenciado e predominantemente com intervenções no seu corpo e na parte afetada ou “não funcionando do corpo-máquina” (p.1870). O texto histórico sobre os modelos assistenciais no Brasil realizada por Teixeira, Paim e Vilasbôas (1998), apesar dos 23 anos de publicação, tem sua atualidade vigente na estruturação da saúde pública no país. Segundo os autores:

O sistema de saúde brasileiro é hoje, assim, palco da disputa entre modelos assistenciais diversos, com a tendência de reprodução conflitiva dos modelos hegemônicos, ou seja, o modelo médicoassistencial privatista (ênfase na assistência médico-hospitalar e nos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico) e o modelo assistencial sanitaria (campanhas, programas especiais e ações de vigilância epidemiológica e sanitária), ao lado dos esforços de construção de modelos alternativos. (TEIXEIRA et al., 1998 p.8)

A pesquisa apresenta uma concepção sobre saúde humana distinta das ideias hegemônicas que influenciam a relação da sociedade com a saúde. As concepções positivistas, da causalidade dos fenômenos e do pensamento biomédico e individualista têm sua crítica já desenvolvida em pesquisas vinculadas à medicina social e à saúde coletiva. O que se pretende é desenvolver uma concepção que dialogue teoria e prática, epistemologia e política, intelectualidade e militância, para construção de uma ação coletiva para a saúde humana. Desta forma, a Vigilância Popular em Saúde é uma proposta de emancipação que contribui para o desenvolvimento do conhecimento teórico e da ação coletiva através da vigilância da saúde humana realizada por movimentos e grupos sociais.

A proposta visa também contribuir para uma crítica aos modelos de saúde pública como único caminho para garantia do direito à saúde. A análise das políticas do Estado no capitalismo através de categorias como emancipação, resistência e autonomia de sujeitos tem na ação popular uma possibilidade para construção de um modelo alternativo de saúde pública. O papel dos movimentos e grupos sociais que propõem uma prática revolucionária é fundamental para mudança da estrutura social, e para isso, ao pensar novas práticas coletivas para um novo tempo histórico, localiza-se a Vigilância Popular em Saúde.

A justificativa também visa fortalecer um campo de pesquisa na relação da ciência geográfica com a saúde. O trabalho é uma alternativa às pesquisas que analisam o espaço estático (absoluto) na distribuição de doenças e são amplamente apresentadas em congressos científicos e publicadas em periódicos da geografia. Todavia, este trabalho busca no movimento desigual e combinado do capitalismo compreender espacialmente as contradições que fazem do processo saúde-doença um fator de mobilização social para a transformação social.

A perspectiva teórico-prática se apresenta como uma alternativa a uma concepção universal de saúde pública desenvolvida no mundo ocidental através das experiências em países europeus. Busca romper com a homogeneização do pensamento dominante através do pensamento crítico que absorve o conhecimento marginalizado, através da relação entre os múltiplos saberes em diálogo com as múltiplas territorialidades na análise geográfica. É um desafio no qual a geografia encontra nas abordagens metodológicas para investigação dos seus objetos de pesquisa, incluindo os fenômenos do processo saúde-doença.

As estratégias de resistência dos movimentos populares no Brasil são observadas através da ação desses movimentos frente aos diferentes embates contra as forças hegemônicas. As manifestações em espaços públicos e as ocupações realizadas por movimentos sociais são reconhecidas através de contextos específicos que impulsionam setores da população à contestação. O aumento do preço da passagem de ônibus impulsionou manifestações espalhadas pelo país com auge em junho de 2013, extrapolando a pauta da mobilidade urbana para inserir outras demandas sociais com prioridade nas questões de saúde e educação, destacando-se também o Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST) na luta pela reforma agrária e o Movimento dos Trabalhadores Sem Teto (MTST) na luta pela reforma urbana. Além desses movimentos que ganharam força ao nível nacional, existem

inúmeras ações políticas locais onde grupos subalternizados buscam resistência às imposições ao modo de vida coletivo pela sociedade capitalista, como exemplo coletivos de favelas, quilombos, aldeias indígenas, povos tradicionais, pescadores, etc.

Consideremos que movimento indica mudança de lugar e, aqui, movimento social quer exatamente significar que determinados segmentos sociais ao se movimentarem estão recusando os lugares que a sociedade, através de seu pólo hegemônico, quer lhes atribuir. O movimento social e a sociedade instituindo novos lugares. (PORTO-GONÇALVES, 1998, p.30)

A noção de movimento social expressa as formas de organização popular para realização de ações coletivas. São realizadas conforme a base ideológica do grupo social, e podem através do anseio coletivo para mudança ou manutenção do instituído. Organizam-se através de ações que podem ser identitárias, reacionárias ou revolucionárias, buscando parte ou a totalidade social. Podem ser movimentos de esquerda ou direita, conservadores ou progressistas, e ainda, discordâncias e sectarismos no interior dessas experiências.

Esta pesquisa busca posicionar sua análise nas ações de grupos subalternos para autonomia sobre a saúde humana através de uma proposta de Vigilância Popular em Saúde, apontando a autodeterminação dos sujeitos em um processo de rompimento com determinação social e espacial da saúde, e um caminho para soberania popular. O conceito de “grupos subalternos” ou “grupos subalternizados” tem base em uma literatura de influência gramsciana e torna-se instrumento metodológico para compreender a relação entre dominante-dominado no processo saúde-doença.

Afinal, subalterno, do ponto de vista etimológico, significa apenas o outro inferior ou inferiorizado. Mas o que deve ser por agora destacado é que parte significativa desses estudos decorre de pressupostos teórico-metodológicos que se colocam num campo bastante distante de Gramsci, que partia de pressupostos muito diferentes, quando não antagônicos a esses. Para Gramsci, a determinação essencial encontra-se nos fundamentos materiais da realidade em movimento contraditório. Dizer que a cultura ou a política está em toda parte da vida social, inclusive na economia, não é o mesmo que negar a determinação em última instância da reprodução da vida material dentro do complexo de determinações que compõe a totalidade (DEL ROIO, 2007 p.64).

A Vigilância Popular em Saúde é uma ação coletiva realizada por grupos subalternos na sociedade que podem se organizar através de movimentos sociais, povos tradicionais, coletivos identitários, grupos étnicos, organizações

populares, entre outros, e que possuem na sua territorialidade uma possibilidade de concebê-la. É centrada na transformação social em determinado espaço com foco na transformação da saúde humana, e com isso, adentra o processo para a transformação das relações sociais de produção. Por isso tem um caráter histórico-geográfico, ou seja, não percebe o tempo em sua linearidade e o espaço em sua padronização, como o capitalismo organiza o mundo. Compreende o tempo histórico em sua materialidade econômica e social, para assim, entender as diversas temporalidades resultantes dos variados níveis e espacialidades do desenvolvimento. Além disso, observa o espaço em sua hierarquização e fragmentação, identificando as relações de poder e a estruturação das relações cotidianas e suas contribuições ao processo saúde-doença.

A Vigilância Popular em Saúde é também uma trajetória ontológica que tem na categoria trabalho um instrumento metodológico para analisar a transformação do espaço pelos sujeitos, uma concepção que percebe a transformação da natureza pelo trabalho e o processo saúde-doença como estruturante para a existência humana. É uma perspectiva para entender a práxis social através da realização da vida por grupos subalternos. Uma ação de vigilância e monitoramento da condição física do corpo humano através da dialética entre indivíduo e o coletivo, apontando para autodeterminação da saúde como uma condição para a emancipação humana.

O filósofo húngaro György Lukács é um interlocutor para compreender por meio da categoria trabalho a consciência do homem através de sua realidade.

Desse modo é enunciado a categoria ontológica central do trabalho: através dele realiza-se, no âmbito do ser material, um pôr teleológico enquanto surgimento de uma nova objetividade. Assim, o trabalho se torna o modelo de toda práxis social, na qual, com efeito – mesmo que através de mediações às vezes muito complexas - sempre se realizam pores teleológicos, em última análise, de ordem material (LUKÁCS, 2013, p.47).

A organização dos grupos subalternizados para realização de disputas internas ao funcionamento do Estado para materialização dos desejos e anseios para a existência humana obteve avanços pontuais, mas não conseguiu transformações significativas em favor das classes populares. Essa questão conduz uma relação pseudoconcreta, categoria trabalhada pelo filósofo tcheco Karel Kosík, na qual o subalterno acredita que poderá tornar-se soberano dentro da ordem social vigente. Esta perspectiva foi encontrada pelo geógrafo brasileiro

Carlos Walter Porto-Gonçalves ao analisar os movimentos sociais latino-americanos:

Clamam por um estado democrático que os incorpore como interlocutores qualificados e, na sua prática, apontam concretamente que ele deve necessariamente estar articulado a dinâmica da sociedade global (PORTO-GONÇALVES, 1998 p.29).

O Estado moderno torna precária (ou inexistente) a participação popular nas decisões sobre políticas públicas, o que faz da democracia participativa uma utopia. Fato é que essa premissa promove um descontentamento social que ultrapassa vertentes políticas, sejam elas progressistas, revolucionárias e até mesmo conservadoras denominadas “anti-sistema”. A estrutura dos diversos poderes no Estado é vertical e centralizada, ou seja, distante do cotidiano das camadas populares e focado na decisão de atores legitimados pelo sufrágio universal.

As deficiências do Estado nas ações de Saúde Pública e os serviços privados restritos às camadas da sociedade com maior aporte financeiro não atendem as necessidades de grande parcela da sociedade. É uma questão de classe social, raça e gênero que coloca grupos subalternizados sem proteção de políticas públicas em caso do avanço de epidemias. Entretanto, “a classe operária não pode simplesmente se apossar da máquina do Estado tal como ela se apresenta e dela servir-se para seus próprios fins” (MARX, 2011, p.54). O conhecido trecho escrito por Karl Marx auxilia o posicionamento da Vigilância Popular em Saúde como uma proposta emancipatória, uma ação ainda em construção e não praticada por algum grupo social, mas um desiderato em contestação ao instituído. Encontra-se no espaço/tempo como uma necessidade social frente à determinação socioespacial da saúde na busca por soberania sobre o corpo.

A Vigilância em Saúde compõe avanços sociais na construção do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, resultado da concepção ampliada do conceito de saúde, o qual expande as noções da biomedicina, incorporando aspectos ambientais e do cotidiano dos sujeitos. É uma ação que busca o monitoramento da situação de saúde em determinado local através da produção de um sistema de informações que fornece subsídios para tomada de decisão.

O Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS) é uma conquista de movimentos sociais através de lutas populares no contexto da 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986. E nesse processo de “redemocratização” do país,

os resultados da conferência influenciaram a construção do SUS. Nessa perspectiva, situa-se a Vigilância em Saúde como vetor de um conceito ampliado que extrapola o cuidado médico como política única de saúde pública. Uma demanda de movimentos sociais na década de 80, e a Vigilância Popular em Saúde pode ser uma retomada as discussões da sociedade sobre saúde das coletividades.

O desenvolvimento técnico da Vigilância em Saúde como ação do Estado não é descartado. O que problematizamos para prosseguir construção da tese é que o avanço técnico e social é resultado dos sujeitos que compõe o Estado. Os trabalhadores da saúde podem ser descritos não apenas por médicos e enfermeiros, categorias mais conhecidas no senso comum. Dentre as categorias podemos destacar os agentes comunitários de saúde, agente de Vigilância em Saúde, gestores, pesquisadores em universidades e instituições de pesquisa, profissionais do setor administrativo, dos diversos níveis de cuidado, da assistência social, etc.

O processo de apropriação das práticas e ações do Estado não atuam na perspectiva de sua tomada, ou seja, numa mudança de governo. Todavia, é preciso considerar a “superação” do Estado, mesmo que seja de forma pontual em seu tempo e espaço, onde o Estado não garante o direito à vida, seja em um período de emergência em saúde como em uma epidemia ou onde a precarização da vida é uma condição banal. O caminho para radicalização da democracia perpassa pelo protagonismo popular nas ações de vigilância da saúde humana.

Em qualquer regime político – inclusive em uma democracia que não seja verdadeira – o Estado necessariamente apresenta-se de forma incompleta, pois se revela incapaz de constituir-se como o ‘todo’, ou seja, simultaneamente universal e particular. Essa união entre o universal e o particular só seria possível na verdadeira democracia, na qual o Estado, com ela incompatível, desapareceria. (POGREBINSCHI, 2009 p.44)

A tese não preconiza uma dualidade entre a vigilância praticada pelo Estado e a vigilância popular organizada por grupos subalternos. São processos em construção, não acabados e sujeitos às relações de poder inerentes à realização de suas atividades. A apropriação não ocorre somente dos conhecimentos científicos pela Vigilância Popular em Saúde. A necessidade por estabelecer estratégias de Vigilância em Saúde pela população faz com que avancem aspectos da participação social no Estado e ampliação das ações em espaços de pobreza, bem como a organização de algumas classes de

trabalhadores da saúde através de associações, sindicatos e coletivos que permitam o posicionamento político levando a uma participação técnica definida pelo posto profissional, e popular enquanto sujeitos subalternizados na sociedade.

A produção da teoria para compreender a Vigilância Popular em Saúde como ação de soberania de grupos subalternos é contribuição ao debate científico desta pesquisa. Arredondo (1992) encontrou onze modelos teóricos partindo de uma revisão bibliográfica sobre o tema, sendo eles: mágico-religioso, sanitarista, social, unicausal, multicausal, epidemiológico, ecológico, histórico-social, geográfico, econômico e interdisciplinar. Dentre esses modelos, o modelo histórico-social busca construir uma concepção emancipatória, sendo uma importante via de diálogo com a Vigilância Popular em Saúde desenvolvida pela presente pesquisa.

Desde a perspectiva desta proposta, existem perfis diferenciados de saúde-doença que guardam estreita relação com o contexto histórico, o modo de produção e as classes sociais. Todos os fatores causais são permeados pelo social-histórico. Introduz cinco variáveis fundamentais para a análise do objeto de estudo: A dimensão histórica, a classe social, o desgaste do trabalho pelo indivíduo, a reprodução da força de trabalho e a produção do indivíduo. Seu aporte especial é que incorpora a dimensão histórica-social a análise epidemiológica, na vez que aporta novas categorias de análises e questiona a eficácia da prevenção e controle da saúde-doença mantendo intactas as relações de exploração que as geram. (ARREDONDO, 1992 p.254)

O desenvolvimento de um pensamento crítico sobre as condições do corpo na sociabilidade atual fomenta ações propositivas no qual assinalo a construção de uma Vigilância Popular em Saúde como resistência às formas de domínio. É necessário fortalecer processos para libertação desse corpo, onde o conceito de soberania e liberdade são fortes mediadores. Esse debate está colocado na relação do corpo e a norma jurídica do Estado moderno, colocando-o na perspectiva que a liberdade do corpo está atrelada a superação do Estado moderno.

A Vigilância Popular em Saúde emerge de experiências relacionadas a movimentos sociais afetados por grandes empreendimentos. Podemos destacar a experiência do Instituto Políticas Alternativas para o Cone Sul (Pacs), Rede Justiça nos Trilhos (JnT) e Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) em duas áreas expostas à poluição atmosférica gerada por indústrias siderúrgicas: Piquiá de Baixo, no município de Açailândia (MA), e Santa Cruz, no Rio de Janeiro (RJ) e uma dissertação de mestrado que analisou uma proposta de Vigilância Popular

em Saúde no contexto da implantação da mineração de Urânio e Fósforo no Ceará, delimitando-a de forma precisa como uma ação que consiste em “olhar e intervir junto ao Estado vulnerabilizador, promovendo ações relacionais dialógicas que provoquem momentos cuja intenção é ter um potencial libertador da opressão ideológica da civilização do capital”. (ALVES, 2013, p.186)

As experiências citadas serão analisadas em conjunto com outras experiências nesta tese. Todavia, em uma análise preliminar, elas apontam para a realização do desenvolvimento teórico sobre o tema através da investigação sobre a apropriação da população do conhecimento técnico-científico em diálogo com saberes populares. A aproximação enquanto compreensão de um caminho de emancipação da população frente ao Estado e ao setor privado esvazia o debate acerca da nomenclatura para identificar a ação no mesmo tempo que torna central na busca por uma nova racionalidade para a saúde das populações ou como Boaventura de Souza Santos (2007b) aponta é fazer um uso contra-hegemônico da ciência hegemônica:

A possibilidade de que a ciência entre não como monocultura mas como parte de uma ecologia mais ampla de saberes, em que o saber científico possa dialogar com o saber laico, com o saber popular, com o saber dos indígenas, com o saber das populações urbanas marginais, com o saber do camponês (SANTOS, 2007b, p.33).

A Geografia em sua estruturação enquanto ciência tem nos estudos sobre a relação espaço e saúde uma aproximação que retroalimenta a ciência, compondo os campos da Geografia Médica e da Geografia da Saúde.

“A Geografia da Saúde guarda uma constância e um sincronismo com a ciência que a acolhe, a Geografia. Estruturadas e codificadas praticamente ao mesmo tempo, entre o final do século XVIII e início do XIX” (MAZETTO, 2008, p.17).

A grande influência dos naturalistas nesse momento auxiliou no desenvolvimento de uma “epidemiologia geográfica” onde o objeto de análise daquelas pesquisas eram a distribuição e difusão de doenças.

Nos séculos XVIII e XIX, a grande influência dos naturalistas, mormente de Humboldt, Martius e Darwin, renovou uma tendência centrada nos fenômenos físicos em trabalhos desse período. Entre esses fenômenos, os de endemias e epidemias, principalmente provocadas pelas ‘doenças tropicais’, ocuparam a maior parte dos estudos, já que as pesquisas deveriam atender os interesses das potências coloniais sobre as áreas tropicais do globo. (MAZETTO, 2008, p.17).

Na trajetória da relação da Geografia e saúde destacam-se os estudos do geógrafo Max Sorre influenciados pela geografia francesa onde “O conceito sobre os ‘complexos patogênicos’, proposto por Sorre em 1933, sob a luz da teoria de Vidal de La Blache, forneceu uma nova concepção para se estudar as relações entre ambiente e saúde”. (MAZETTO, 2008, p.27). Pioneiramente, relaciona a ação humana com as zonas climáticas, onde as relações sociais fornecem dinamicidade aos complexos, entretanto a prioridade da análise se dá pelo meio físico.

Nesse contexto, nasce uma grande obra para compreensão da realidade brasileira do geógrafo e médico Josué de Castro, “A Geografia da Fome” (CASTRO, 1984). A fome materializa as condições precárias de existência humana levando grande parte da população marginalizada a doenças e morte. O autor compreender o país através do fenômeno da subnutrição e suas diferenças regionais, fornecendo expressiva contribuição para compreender o capitalismo brasileiro. A obra datada em 1946 lida com um tema que ainda é negligenciado pelas pesquisas, onde a desigualdade social é encarada enquanto uma totalidade, entretanto, a fome como sua principal materialidade não recebe a devida atenção no contexto científico atual, não querendo dizer que no campo das ações políticas haja inúmeras tentativas (assistencialistas ou não) de enfrentamento da fome.

O assunto deste livro é bastante delicado e perigoso. A tal ponto delicado e perigoso que se constituiu num dos tabus de nossa civilização. É realmente estranho, chocante, o fato de que, num mundo como o nosso, caracterizado por tão excessiva capacidade de escrever-se e de publicar-se, haja até hoje tão pouca coisa escrita acerca do fenômeno da fome, em suas diferentes manifestações. (CASTRO, 1984 p.19)

A literatura da Geografia que utiliza os fenômenos da saúde humana como objeto de investigação tem grande diversidade e dialoga com os diversos métodos geográficos. Observa-se, o surgimento de textos da geografia crítica, humanista, física, cartográfica, entre outros, compondo uma característica comum que são as pesquisas voltadas para os serviços de saúde, e com a pandemia da COVID-19, emergem textos sobre a dimensão social da doença na sociedade. A Geografia da Saúde ganha um caráter da ação, da política de saúde pública, mensurando o fenômeno no espaço para intervenção (estatal ou não). Em acordo com Guimarães et al. (2014) “a geografia da saúde é um campo da geografia aplicada de caráter interdisciplinar”. A saúde coletiva abarca

a relação espaço-saúde sem negligenciar a saúde individual, mas trazendo-a para o movimento de compreensão da sociedade.

A preocupação com a saúde acompanha cada indivíduo desde os primeiros anos de vida. Orientações sobre o cuidado com a saúde são transmitidas por gerações, como o ato de lavar as mãos, escovar os dentes e tomar banho. Se compararmos as ações higiênicas entre localidades geográficas ou grupos sociais encontraremos similaridades resguardando as particularidades de cada relação social. Os indivíduos fazem atos de cuidado à saúde sem saber a relação direta de cada ato com o adoecimento ou com a proteção da sua condição de saúde. Segundo Kosík (1976, p.10) “o indivíduo “em situação” cria suas próprias representações das coisas e elabora todo um sistema correlativo de noções que capta e fixa o aspecto fenomênico da realidade”.

A ação individual de proteção e sobrevivência é ponto de partida para entender o surgimento de práticas e ações de gerenciamento da saúde para vigilância, prevenção e controle de enfermidades com foco em grupos sociais. A Saúde Pública e a Medicina Social apresentam-se de forma mais concisa, com elementos e objetivos comuns no mundo ocidental após a constituição do Estado moderno, as condições de vida em aglomerados humanos (processo de urbanização) e o corpo como força de produção (força de trabalho) (FOUCAULT, 2012). Todavia, Foucault alerta que “não foi a princípio como força de produção que o corpo foi atingido pelo poder médico. Não foi o corpo que trabalha, o corpo do proletariado que primeiramente foi assumido pela medicina” (p.144). Com isso entende-se o cerne da contradição da relação capital-trabalho através do olhar da saúde pública.

Ao longo da história humana, os maiores problemas de saúde que os homens enfrentaram estiveram relacionados com a natureza da vida comunitária. Por exemplo, o controle das doenças transmissíveis, o controle e a melhoria do ambiente físico (saneamento), a provisão de água e comida puras, em volume suficiente, a assistência médica, e o alívio da incapacidade e do desamparo. A ênfase relativa sobre cada um desses problemas variou no tempo. E de sua inter-relação se originou a Saúde Pública como a conhecemos hoje. (ROSEN, 1994 p.31)

A saúde é um conceito científico para analisar a condição humana. É construída como ausência de doença ou de uma condição de anormalidade na esfera do corpo humano. O conceito utilizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), hegemônico nas ações de saúde pública, apresenta-se como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente, a ausência de doenças ou enfermidades” (WHO, 1947). O conceito da OMS torna

possível um corpo perfeito para ser alcançado, uma busca para uma condição de saúde que favorece processos de alienação e acumulação de capital para busca de um corpo saudável. Emerge com força e influência global o complexo médico-industrial e a financeirização da saúde, ou seja, a incorporação da saúde humana na lógica do mercado financeiro.

Durante muito tempo procurou-se descobrir se seria possível provar a existência do ser perfeito a partir de sua qualidade de perfeito, já que, tendo todas as perfeições, ele também teria a capacidade de criar sua própria existência. O problema da existência efetiva de uma saúde perfeita é análogo. Como se a saúde perfeita fosse apenas um conceito normativo, um tipo ideal? Raciocinando com todo o rigor, uma norma não existe, apenas desempenha seu papel que é de desvalorizar a existência para permitir a correção dessa mesma existência. Dizer que a saúde perfeita não existe é apenas dizer que o conceito de saúde não é o de uma existência, mas sim o de uma norma cuja função e cujo valor é relacionar essa norma com a existência a fim de provocar a modificação desta. Isso não significa que saúde seja um conceito vazio. (CANGUILHEM, 2009 p.29)

Uma questão importante envolve o uso das categorias e conceitos geográficos na interpretação dos fenômenos da saúde e doença: o que seria um ambiente saudável? Um território sustentável? Um local insalubre? Questões facilmente respondidas se perguntadas aleatoriamente a transeuntes de uma avenida de uma cidade, a trabalhadores rurais, a estudantes, a pescadores, entre outros. O senso comum já definiu através dessas categorias o que seriam espaços adequados para uma boa saúde, um olhar cartesiano, quantificável através do número de pessoas doentes ou por uma estética considerada higiênica. Uma visão de realidade com foco na aparência onde uma pesquisa crítica deve em uma perspectiva metodológica, ir além do que está dado na realidade.

No interior da reflexão social, é bem provável que precisemos de um conceito especulativo de vida. Conceito que, longe de impor uma normatividade reguladora única a nossas expectativas de realização, seja capaz de expor a raiz da profunda a-normatividade e indeterminação que parece nos guiar no interior dos embates na vida social. (SAFATLE, 2011 p.26)

A definição de saúde da OMS facilita a tarefa de compreender a construção hegemônica do conceito. Torna-se notório o papel de organizações internacionais na manutenção do *status quo* da sociedade, compondo assim, na escala das relações transnacionais, uma ideia de saúde na perspectiva das relações sociais de produção no capitalismo e sua materialização no cotidiano dos sujeitos. O caminho epistemológico da teoria crítica tem como possibilidade a contestação da normalidade biopsicosocial da OMS, e assim, abrindo-se para

uma ontologia onde a saúde é instrumento analítico para compreender o ser social no capitalismo.

A definição da OMS não leva em consideração o fato de que os homens, ao se depararem com situações que ameaçam sua saúde, podem instituir um conflito, um embate, na busca por transformar o que lhe é hostil. Nesse enfrentamento, eles não estão nem 'sãos' (em equilíbrio) nem 'doentes' (em desequilíbrio): estão lutando. Ao desconsiderar esse conflito, cancela-se o dinamismo do processo saúde-doença, conferindo-lhe caráter estático. (SOUZA, 2016, p.343)

O médico epidemiologista equatoriano Jaime Breilh fornece ao debate o caráter multidimensional da saúde. O autor ajuda a romper com pensamentos convencionais, utilitaristas e centrados na medicina curativa. A saúde em suas dimensões abre a possibilidade da transformação, em uma perspectiva emancipatória.

A saúde é multidimensional em vários sentidos. Como dissemos, é possível dimensioná-la como objeto (dimensões ontológicas), como conceito (dimensões propriamente epistemológicas) e como campo de ação (dimensões práticas). Como processo, ela se realiza na dimensão geral da sociedade, na dimensão particular dos grupos sociais e na dimensão singular dos indivíduos e seu cotidiano. No terreno da intervenção, também é possível trabalhar nas dimensões curativa, preventiva e de promoção. E, no que concerne ao epistemológico, a saúde pode ser vista pela perspectiva de diversas culturas. (BREILH, 2006 p.43)

A organização popular para ações de saúde é uma estratégia de grupos subalternizados para enfrentamento da precarização da vida resultante do modo de acumulação capitalista. Esse processo pode assumir características distintas dependendo da concepção de saúde do grupo social que se põe em movimento de contestação. Em uma perspectiva da normalidade biopsicossocial, onde o paradigma biomédico tem centralidade, as ações da sociedade vinculam-se ao processo direto de adoecimento. Como exemplo os movimentos para direitos vinculados ao impacto direto de uma atividade industrial poluidora onde o foco está na enfermidade que acomete a população. Em outra perspectiva, onde há centralidade na integração entre saberes científicos e populares, busca-se centralidade em uma concepção de saúde histórica e crítica, ou seja, compreende-se que a precariedade da vida de grupos subalternizados é um fenômeno inerente ao capitalismo.

Podemos afirmar que a proteção da saúde humana é uma necessidade que perpassa por todos os tempos históricos da humanidade. A sobrevivência através da manutenção da vida conduz os saberes biomédicos desenvolvidos em diversos grupos sociais para realização do cuidado, recuperação e

reabilitação. Os fenômenos de saúde são caracterizados por sua historicidade, e na sociedade capitalista, os modos de adoecimento e a possibilidade de estar saudável vinculam-se às formas de acumulação de capital, da exploração do trabalho, das contradições na produção do espaço e na relação sociedade-natureza. Este trabalho busca a saúde humana como fenômeno social, sem negligenciar os aspectos da biologia humana no qual sofrem transformações e mutações relacionadas as formas de transformação da natureza realizadas pela sociedade.

Surge, imediatamente, uma pergunta: por que o processo saúde-doença tem caráter social, se é definido pelos processos biológicos do grupo? Pensamos que seja assim por duas razões parcialmente coincidentes. Por um lado, o processo saúde-doença do grupo adquire historicidade porque está socialmente determinado. Isto é, para explicá-lo, não bastam os fatores biológicos, é necessário esclarecer como está articulado no processo social. Mas o caráter social do processo saúde-doença não se esgota em sua determinação social, já que o próprio processo biológico humano é social. É social na medida em que não é possível focalizar a normalidade biológica do homem à margem do momento histórico. (LAURELL, 1982, p.8)

A historicidade da condição física do corpo é um instrumento analítico de base ontológica, estruturada em uma perspectiva crítica, para compreender a saúde através das condições de existência do ser social. Os movimentos das determinações da sociedade capitalista são materializados por meio do processo saúde-doença como condição da existência de grupos sociais subalternizados.

“O modo de produção da vida material condiciona o processo de vida social, política e intelectual. Não é a consciência dos homens que determina o seu ser; ao contrário, é o seu ser social que determina a consciência”. (MARX, 2008, p.47)

A relação humana com a condição de saúde individual e coletiva é uma consciência condicionante do momento histórico. As causas de um desequilíbrio orgânico no corpo, como exemplo as ocasionadas por vírus e bactérias, são medidas pela sua relação com a história. O Coronavírus (SARS-CoV-2) quando entrou no corpo de um humano, tornou-se histórico e modificou (Não transformou) a organização social na atualidade enquanto uma doença conhecida como COVID-19. As formas de adoecimento, assistência e recuperação são fenômenos históricos, que estão vinculados as relações sociais no capitalismo, onde a precarização da vida de grupos subalternizados são os maiores atingidos pela epidemia.

A historicidade da condição física do corpo também é uma concepção metodológica construída através de apontamentos ontológicos para

compreender o processo saúde-doença. A condição física associada a uma “anormalidade” do corpo humano tem caráter histórico, e também geográfico. Em acordo com Porto-Gonçalves na análise da relação espaço e tempo:

“não existe sociedade a-geográfica assim como não existe espaço geográfico a-histórico. Assim como todo espaço geográfico está impregnado de historicidade, a história está, sempre, impregnada de geograficidade”. (PORTO-GONÇALVES, 2006, p.9)

A historicidade da condição física do corpo carrega em si uma geograficidade do processo saúde-doença. Assim, a pesquisa propõe um método que incorpora uma ontologia do ser social para entender a saúde humana na atualidade, bem como a composição epistêmica através do materialismo histórico e dialético como movimento para análise da totalidade em devir.

“Uma análise da moderna sociedade capitalista como sendo direcionalmente dinâmica e estruturada por uma forma historicamente única de mediação social que, apesar de socialmente constituída, tem caráter abstrato, pessoal e quase objetivo. Essa forma de mediação é estruturada por uma forma historicamente determinada de prática social (o trabalho, o capitalismo) e, por sua vez, estrutura ações e visões de mundo e disposições de pessoas.” (POSTONE, 2014 p.19)

A transformação do ser natural em ser social com base em Lúkacs é proporcionada pelo trabalho, como Alcântara (2014 p.37) irá afirmar que “o trabalho é central e fundante justamente porque ocorre aí o predomínio do social em relação ao natural, dando origem ao homem mediante uma atividade consciente que se caracterizará como práxis humana” A práxis humana na perspectiva da proteção, promoção e vigilância da saúde relaciona-se com a consciência do ser na necessidade de existência através de uma concepção de normalidade biopsicosocial. E nisso, emerge a necessidade de insurgência através de situações onde ocorre o risco de vida individual-coletiva.

Desta forma, a Vigilância Popular em Saúde como uma proposta para emancipação humana é uma ação social que contrapõe a ordem metabólica do capital, buscando alcançar a autodeterminação sobre a saúde humana. A proposta da Vigilância Popular em Saúde torna uma ação emancipatória da população para além da conjuntura em que uma dada população está inserida. A participação popular na perspectiva da organização da saúde pública no Brasil é realizada na forma de participação social através da criação de conselhos e conferências de saúde em todas as instâncias federativas (municipal, estadual e federal). As conferências nacionais de saúde foram responsáveis por grandes

avanços, em que podemos destacar o papel da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986. A conferência foi resultado de uma ampla mobilização social que consolidou o movimento de reforma sanitária através da incorporação dos movimentos sociais e grupos subalternos na formulação de políticas públicas de saúde pública. Os ideais deste movimento deram base para o debate sobre a democratização da saúde, influenciando na formulação do Sistema Único de Saúde brasileiro e na universidade do direito à saúde na Constituição Federal de 1988 (PAIM, 2008).

Entendendo a conjuntura como estrutura social em movimento, a análise de políticas de saúde, em uma dada situação, significa identificar os fatos produzidos, os sujeitos e as contradições resultantes do processo de acumulação capitalista e as suas mediações com as condições e as práticas de saúde referentes às diferentes classes e grupos sociais. (PAIM, 2008, p.47)

É papel dos Estados-Nações a organização de sistemas de saúde associados à gestão, a atenção individual e a modelos tecnológicos para promoção e Vigilância em Saúde. Ações realizadas distantes das realidades cotidianas são conduzidas por padronizações que negligenciam a complexidade espacial e a existência humana, promovendo assimetrias entre a população marginalizada financeiramente com os que têm renda média e alta, materializadas através das desigualdades socioespaciais. Nesse aspecto é necessário relacionar a distribuição espacial das doenças com os desenvolvimentos geográficos desiguais, ou seja, onde as doenças transmissíveis, relacionadas aos problemas sociosanitários locais, e as doenças crônicas, resultados das condições de vida no capitalismo, se relacionam com um espaço fragmentado e hierarquizado.

A transformação social almejada como uma mudança plena nas relações sociais, precisa estar pautada na construção de um caminho de ações contra-hegemônicas que busquem a transformação da estrutura. A análise espacial permite apontar para a mudança da sociedade em sua totalidade, mas as ações construídas com movimentos sociais no presente são organizadas por pautas específicas. A Vigilância Popular em Saúde surge através de movimentos sociais em conflito com grandes empreendimentos resultados da reprodução do capital em países periféricos, buscando como metodologia a construção horizontal entre saberes técnico-científicos com os saberes populares para formação de uma nova racionalidade para saúde das coletividades, como alternativa aos modelos de saúde pública atuais e o conceito de saúde da OMS.

Toda análise territorial é por princípio uma análise espacial, desnecessitando, porém, a ida profunda aos fundamentos da formação espacial. Toda análise espacial é, todavia, uma análise do arranjo territorial, como condição do mergulho nas estruturas e nos fundamentos raiz que formam seu conteúdo, a disposição configuracional do território sendo o ponto metodológico do começo, devido ao fato de a formação espacial colar com a totalidade e a configuração territorial com a singularidade. (MOREIRA, 2016, p. 214).

As estratégias de ações cotidianas são necessidades desenvolvidas pelos sujeitos na perspectiva da sobrevivência no contexto espacial em que vivem. Tais ações no capitalismo são induzidas aos impulsos direcionados ao consumo e a individualização da sociedade, mas na contra-hegemonia, são ações de resistência, buscando em primeiro lugar, uma alternativa de sociabilidade ao capitalismo, para em segundo lugar, a transformação social. A precarização da vida é estruturante ao analisar as ações políticas no capitalismo do século XXI, ou seja, entendendo que a organização social do mundo atual é marcada pela necessidade de existência e sobrevivência. As relações sociais de produção no mundo capitalista têm nas formas de vida precária a materialização das desigualdades sociais e são condicionantes para o adoecimento da população.

Nessa perspectiva, grupos subalternos como os habitantes de favelas e periferias urbanas, em comunidades rurais impactadas pelo agronegócio, comunidades no entorno de atividades industriais poluidoras, povos tradicionais, entre outros, tem na ação coletiva um ato de r-existência. O que há em comum entre eles é a precarização da saúde humana como resultado da espoliação dos espaços de pobreza, onde a possibilidade de acumulação está em práticas ilegais, potencialmente poluentes, promotora de iniquidades sociais, e principalmente, associadas com o Estado.

Para atingirmos nossos objetivos, estruturamos o trabalho através de uma trajetória que realiza uma crítica do instituído enquanto Vigilância em Saúde, a crítica da crítica através da análise das experiências de Vigilância Popular em Saúde. E por fim, uma proposição teórica e prática para fornecer possibilidades de análise para pesquisa e de ação para as práticas da Vigilância Popular em Saúde.

O objetivo do capítulo, *Construindo um método para a trajetória da análise* visa construir o método desta tese, sem restringir a um capítulo metodológico. Ao longo da escrita o método será colocado e debatido, porém, estruturado com base neste capítulo. O materialismo histórico e dialético situa o momento

histórico e social através da materialidade espacial das práticas espaciais, para com isso indicar a superação do tempo presente.

O capítulo *A Vigilância em Saúde: biopolítica, soberania e ação coletiva* analisa a Vigilância em Saúde através do conceito de biopolítica e da pseudoconcreticidade, para fazer emergir a essência do biopoder na vigilância. Para isso, faz-se necessário compreender os movimentos da hegemonia na construção da Vigilância em Saúde, através dos mecanismos de apropriação do capitalismo da produção de conhecimento para dominação dos sujeitos, utilizando o Estado como ferramenta. Os saberes científicos na saúde são constituídos por anos de pesquisa, tornando-os práticas de saúde pública. O questionamento que contribui na solução da hipótese deste estudo: quando as ações de Vigilância em Saúde são negligenciadas a grupos subalternos, como apropriar-se dos saberes científicos para proteção da vida humana? A Vigilância Popular em Saúde é um dos caminhos possíveis e o interesse despertado em grupos sociais a possibilidade utópica para transformação social?

O objetivo do capítulo *Vigilância Popular em Saúde: Uma revisão teórica sobre o tema* é realizar uma revisão bibliográfica narrativa para compreender através da literatura científica as ações de Vigilância Popular em Saúde. No momento que há “ausência” ou deficiência nos serviços de saúde pública, movimentos insurgentes tornam-se relevantes para suprir as necessidades de saúde. Com isso, uma rede de atores populares e instituições de pesquisa constroem uma concepção para vigilância feita para e por povos subalternizados. O questionamento que esta revisão buscará responder é qual a concepção de Vigilância Popular, como se relaciona com o Estado e qual é o escopo das ações. O resultado contribui para posicionarmos a Vigilância Popular em Saúde enquanto necessidade social e seus embriões possíveis para direcionamentos futuros principalmente em um contexto social que a pandemia da COVID-19 impõe novos desafios para os povos subalternos.

O objetivo do capítulo *Trajetórias teóricas e práticas para Vigilância Popular em Saúde* é construir uma trajetória teórica para compreensão da determinação social (espacial) da saúde através da geografia crítica (e radical). Este caminho busca entender o ser social através da historicidade da condição física do corpo, onde o concreto apresenta-se através de “cicatrices” deixadas pela relação capital-trabalho. As “cicatrices” resultantes dos movimentos da sociedade não é exclusividade dos “corpos” das classes populares. As insurgências através de ações coletivas e movimentos sociais buscam apontar

caminhos alternativos à ordem sociometabólica do capital, tendo em vista a Vigilância Popular em Saúde como processo emancipatório na manutenção da saúde humana.

A Vigilância Popular em Saúde como uma proposta de emancipação humana visa a construção de uma nova sociedade. A insurgência torna-se proposição através da apropriação das ações do estado. Entretanto, uma virada histórica não acontece apenas com ações de vigilância popular. O que essa tese desenvolve é um devir necessário para autonomia sobre o corpo de grupos subalternos que sofrem os efeitos nocivos da acumulação capitalista. É uma possibilidade de ação para construir um caminho que permita a autoemancipação dos sujeitos, para assim emancipar a sociedade.

2

Construindo um método para a trajetória da análise

A construção analítica desta tese não teve início na análise de um fragmento espacial ou da experiência de um grupo subalterno. Nas primeiras possibilidades de organização do empírico esteve pautada a perspectiva de analisar o papel dos trabalhadores da Vigilância em Saúde em espaços da pobreza. A literatura citada ao longo desta trajetória metodológica permite aprofundar a saúde humana em espaços da pobreza, o que direcionou a pesquisa para a radicalização democrática do acesso à saúde em um mundo dominado pela dominação sociometabólica do capital. Observam-se alguns movimentos da sociedade de grupos subalternos para organização coletiva para proteção da saúde humana, frente a fenômenos que causam o adoecimento de grupos sociais, como encontrado nos textos de Alves (2013), Sevalho (2016) e Pacs, JnT e Fiocruz (2017) com foco na construção de uma Vigilância alternativa, realizada pela própria população e em oposição ou complemento a Vigilância em Saúde organizada pelo Estado. Desta forma, constitui-se o objeto desta pesquisa a *vigilância como uma estratégia biopolítica apropriada por grupos subalternos para realização de práticas espaciais denominada Vigilância Popular em Saúde*.

A possibilidade do empírico deu-se em dois caminhos. O primeiro em buscar as experiências que atuam denominando-se como Vigilância Popular em Saúde, e o segundo, em articulação com grupos sociais para analisar o tratamento às ações coletivas para proteção da saúde humana. Nesta encruzilhada onde o contexto social da pandemia da COVID-19 se impõe e a possibilidade de trabalho de campo é restrita por conta do isolamento físico para evitar a contaminação da doença.

A escolha analítica desta tese dá-se no plano teórico onde realiza uma reflexão teórica para uma contribuição teórica e prática para o desenvolvimento da Vigilância Popular em Saúde. Esta escolha compreende o contexto sanitário atual e desvenda-o no escopo da pesquisa, onde a revisão bibliográfica sobre o tema encontrou trabalhos que refletiram experiências denominadas como Vigilância Popular em Saúde no contexto da COVID-19 (CARNEIRO E PESSOA, 2020; LATGÉ, ARAUJO E SILVA JUNIOR, 2020; BONETTI, 2021).

Analisar a realidade através do processo saúde-doença é compreender a realidade na perspectiva da transformação, não procurando o caminho da “fonte da juventude”, ou seja, a busca por um corpo jovem, saudável e perfeito, mas considerar na análise o contexto histórico e geográfico como determinante para o adoecimento coletivo causado pela complexidade do capitalismo contemporâneo. Incorpora-se à análise, a determinação socioespacial do processo saúde-doença como método crítico de observação da realidade, proporcionando uma leitura do perfil de morbi-mortalidade de determinadas populações em consonância a sua organização social.

“a leitura do processo saúde-doença mediante a óptica coletiva própria da epidemiologia elide a dimensão singular desses fenômenos, a construção das referidas configurações causais, inevitavelmente, sofrerá limitações em seu teor explicativo” (CASTIEL, 2005, p.92).

Castiel (2005) conclui que as dificuldades teórico-metodológicas podem ser superadas através de uma proposta transdisciplinar. O lugar do conhecimento científico neste debate é construído através da produção de saberes para ação transformadora, emergente em uma sociedade que sofre com grandes epidemias e doenças com conhecimento de técnicas de prevenção, acompanhamento e cura, mas que ainda elevam a mortalidade de populações marginalizadas no sistema econômico vigente.

Há uma escolha ontológica e metodológica da Geografia que o presente estudo irá perpassar, com autores que busquem uma ciência crítica (e propositiva), não no sentido da pesquisa-ação, mas do questionamento da ordem social instituída buscando caminhos para sua superação.

O materialismo histórico (e geográfico) dialético é o método que conduzirá a análise do objeto da tese e têm fundamentação na literatura de Karl Marx e subsequente, autores de base marxista que desenvolveram o método. O método não será uma “cartilha” ou uma “caixa” de categorias. No processo de análise do objeto, os pares dialéticos terão como função desvelar a essência do fenômeno analisado.

A produção científica marxista desenvolve instrumental teórico e categorias de mediação para aprofundar a análise da organização da sociedade, colaborando através de uma teoria com perspectiva de análise das evidências atuais para pensar na transformação social. É método desafiador e revolucionário em um momento histórico onde uma ordem sociometabólica capitalista se apresenta como totalidade em todos os setores da sociedade,

incluindo o fazer ciência, condicionado a mais uma prática social para garantir a reprodução do capital.

O método dialético tem em seu pressuposto a compreensão (em movimento) do real (em movimento). A ciência é uma análise no campo do conhecimento humano, de uma razão do mundo em disputa. Ou seja, para essa pesquisa é método político que analisa a ação política. Segundo Gadotti (1995 p.18) “Hegel chega ao real, ao concreto, partindo do abstrato: a razão domina o mundo e tem por função a unificação, a conciliação, a manutenção da ordem do todo”.

Hegel concebe o processo racional como um processo dialético no qual a contradição não é considerada como “ilógica”, paradoxal, mas como o verdadeiro motor do pensamento, ao mesmo tempo que é o motor da história, já que a história não é senão o pensamento que se realiza. O pensamento não é mais estático, mas procede por contradições superadas, da tese (afirmação) à antítese (negação) e daí à síntese (conciliação). Uma proposição (tese) não existe sem oposição a outra proposição (antítese). A primeira proposição será modificada nesse processo de oposição e surgirá uma nova. A antítese está contida na própria tese que é, por isso, contraditória. A conciliação existe na síntese é provisória na medida em que ela própria se transforma numa nova tese. (GADOTTI, 1995 p.18)

A crítica de Marx a Hegel fornece subsídios para a construção metodológica através da inserção do materialismo. É a busca pelo real estado da coisa através das determinações da sociedade.

Já esclarecemos que Hegel desenvolve apenas um formalismo de Estado. O verdadeiro princípio material é, para ele, a Ideia, a abstrata forma pensada do Estado como um Sujeito, a Ideia absoluta, que não guarda em si nenhum momento passivo, material. Diante da abstração dessa Ideia, aparecem como conteúdo as determinações do real formalismo empírico do Estado e, por isso, o conteúdo real aparece como matéria inorgânica, desprovida de forma (aqui: o homem real, a sociedade real etc.) (MARX, 2010, p. 130)

A pesquisa concebe o materialismo histórico dialético o seu método de aproximação do real. O materialismo como análise da materialidade e concretude da vida, diferentemente do idealismo da dialética hegeliana, faz com que o objeto do estudo, a Vigilância Popular em Saúde como uma proposta de emancipação humana, seja analisada enquanto sua forma de ação concreta para transformação da realidade e não como restrito a uma concepção ou uma ideia. O método parte da superação do tempo histórico atual e da crítica às relações sociais e seu modo de produzir e reproduzir existências humanas. Assim, encontramos a materialidade nas condições física do corpo humano como resultado do tempo histórico do capitalismo.

O método da pesquisa parte de um movimento dialético para entender o real. Um movimento que partirá da Vigilância Popular em Saúde como ação concreta para transformação da totalidade social (superação do tempo histórico). Desta maneira, a saúde é aqui considerada uma condição humana para existência da vida, possibilitada pela “normalidade” orgânica do corpo. São caminhos que estruturamos com auxílio de Karel Kosík:

O pensamento dialético parte do pressuposto que o conhecimento humano se processa num movimento em espiral, do qual cada início é abstrato e relativo. Se a realidade é um todo dialético e estruturado, o conhecimento concreto da realidade não consiste em um acrescentamento sistemático de fatos a outros fatos, e de noções a outras noções. É um processo de concretização que procede do todo para as partes e das partes para o todo, dos fenômenos para a essência e da essência para os fenômenos, da totalidade para as contradições e das contradições para a totalidade. (KOSÍK, 1976, p.41)

A análise dialética de Kosík através da destruição da pseudoconcreticidade fornece um caminho metodológico através do movimento dialético aparência-essência. Essa análise transpassa tanto o pensamento científico quanto os saberes populares. É preciso questionar as aparências dos métodos quantitativos, fisicalistas ou do senso comum, colocar em dúvida o que é imediato, buscando a essência para interpretação do processo saúde-doença. Mas também é necessário realizar o inverso, buscar na essência o que é materialidade, compreender o que é mediado através do imediato, tornando-o ponto de partida (ou chegada), como exemplo as formas objetivas de identificar uma doença através dos sintomas, para então compreender suas causas através da organização espacial da sociedade.

Para Marx, a produção material é foco no processo científico para compreensão da realidade, “como os indivíduos produzem em sociedade, a produção de indivíduos socialmente determinada, é, naturalmente, o ponto de partida (MARX, 2008 p.237).

Quando se trata, pois, de produção, trata-se da produção em um grau determinado do desenvolvimento social, da produção de indivíduos sociais. Por isso, poderia parecer que, ao falar da produção, seria preciso ou seguir o processo de desenvolvimento em suas diferentes fases, ou declarar desde o primeiro momento que se trata de uma determinada época histórica, da produção burguesa moderna, por exemplo, que na realidade é o nosso próprio tema. Todavia, todas as épocas da produção possuem certos traços em comum, determinações comuns. A produção geral é uma abstração, mas uma abstração razoável, pelo fato de que põe realmente em relevo e fixa o caráter comum, poupando-nos, portanto, as repetições. Esse caráter geral, entretanto, ou esse elemento comum, discriminado pela comparação, está organizado de maneira complexa e diverge em diversas determinações. (MARX, 2008 p.240)

A determinação da produção e a reprodução permanente no capitalismo é uma reflexão para desenvolver a determinação socioespacial da saúde. A contribuição geográfica do método é compreender que o desenvolvimento no tempo histórico atual tem na sua espacialidade a diferenciação geográfica dos níveis de desenvolvimento, com isso, identificando a existência das espacialidades da produção.

O materialismo histórico-geográfico é um modo de pesquisa aberto e dialético, em vez de um corpo fixo e fechado de compreensões. A metateoria não é uma afirmação de verdade total, e sim uma tentativa de chegar a um acordo com as verdades históricas e geográficas que caracterizam o capitalismo, tanto em geral como em sua fase presente. (HARVEY, 2008 p.321)

A teoria do desenvolvimento geográfico desigual é um instrumento analítico que identifica as contradições da produção do espaço através do movimento de acumulação de capital. “O capital se esforça para produzir uma paisagem geográfica favorável a sua própria reprodução e subsequente evolução” (HARVEY, 2016 p.139). As determinações espaciais da saúde são identificadas através do reconhecimento da hierarquização e fragmentação do espaço. Como exemplo, as redes de atendimento hospitalar partindo das grandes cidades formando redes de cuidado através de uma hierarquia espacial. E os espaços da pobreza, apresentando padrões de adoecimento humano relacionados às condições precárias da vida e a difusão de epidemias através das populações marginalizadas nos circuitos de acumulação capitalista.

A espacialidade da exclusão social transforma a paisagem geográfica conforme a sua materialidade nas relações sociais no capitalismo. Para David Harvey (2016 p.139) “o modo como a paisagem evolui afeta tanto a acumulação de capital quanto a maneira como se manifestam as contradições do capital e do capitalismo no espaço, no lugar e no tempo”. E é vital compreender o aspecto ideológico da formação da paisagem do capital como explicita David Harvey: (2016, 2016 p.139)

Desenvolvimentos geográficos desiguais mascaram convenientemente a verdadeira natureza do capital. A esperança pode brotar eternamente, porque há sempre um bairro, uma região ou um Estado onde as coisas vão muito bem, mesmo no meio de inúmeras calamidades.

O processo de aproximação com o tema do estudo, buscamos na questão levantada por Judith Butler (2018) ao analisar o caráter corpóreo da emancipação. A autora questiona “*como é possível viver uma vida boa em uma vida ruim?*”. O ser social neste tempo histórico vive em um mundo onde as

epidemias são a materialização das desigualdades sociais na forma do adoecimento. É desafio metodológico compreender os limites humanos frente a precarização da vida.

“Talvez não possamos usar uma palavra para descrever as condições nas quais as vidas deixam de ser vivíveis, mas ainda assim o termo “precariedade” pode distinguir entre os diferentes modos de “não viabilidade da vida” (BUTLER, 2018, p.221).

A precariedade da vida é causa para insurgência popular ocasionando a organização territorial de movimentos e grupos sociais como estratégia de poder frente a degradação social e ambiental ocasionadas por processos de acumulação de capital, e o resultado disso, na saúde humana. Para Miguel (2018, p. 113) “toda ação política é fruto do encontro entre determinada situação social e material, de um lado, e as disposições e a compreensão daquela situação pelos agentes, do outro”. Todavia, corrobora com a identificação do problema central para ação popular feita por Laclau e Mouffe (2015 p.195): “Quais são as condições discursivas de emergência de uma ação coletiva encaminhada a lutar contra as desigualdades, e por em questão as relações de subordinação”.

A compreensão da realidade pela via da saúde humana tem no conhecimento dialético um caminho para autoemancipação do homem. A autonomia dos sujeitos frente ao conhecimento sobre a possibilidade de adoecimento, ou seja, da condição que fere sua existência, é um processo emancipatório, e como Pogrebinschi (2009) nos coloca:

Falar em emancipação humana significa, assim, falar em autoemancipação. Para que a emancipação possa ser entendida nesse sentido reflexivo é preciso, antes, entender o modo pelo qual ela se relaciona com aquele que se emancipa: o sujeito. Este, por sua vez, adquire a consciência de si mesmo necessária à emancipação por meio de um processo de autoconstituição de sua subjetividade a um só tempo social e individual. (POGREBINSCHI, 2009, p.291)

A Vigilância Popular em Saúde ainda necessita de maior desenvolvimento teórico e de práticas realizadas por movimentos e grupos sociais. Não que isso seja um problema no sentido do tempo linear, mas um devir necessário para transformação social. É nesse movimento de construção de uma proposta emancipatória que percebemos a possibilidade da crítica ao constituído para podermos avançar, ou seja, a construção de um caminho através de um projeto crítico:

Orientado a diminuir os privilégios que as classes dominantes obtêm da relação que mantêm com as regras, como também a tendência de que as classes dominadas, até agora obrigadas a obedecer, assumam um compromisso voltado para sua emancipação. (BOLTANSKI, 2014, p.242).

O espaço apresenta-se como mediador na possibilidade de se pensar uma nova realidade social frente aos problemas sociais oriundos do capitalismo e uma ação política em saúde que faça resistência e seja oriunda do cotidiano, e não para ele. O espaço é condição da vida, meio de sua existência e produto das relações assim como construído pela geógrafa Ana Fani Alessandri Carlos.

O movimento da realidade apreendido como produção socioespacial aponta o sentido da produção da sociedade que se realiza como apropriação/produção do espaço que, por sua vez, será compreendido como condição, meio e produto da realização da sociedade num movimento/momento intrínseco à reprodução social. Significa dizer que a vida se realiza em espaços-tempos reais, sinalizando o fato de que as relações sociais têm uma dimensão espacial e se realizam através dessa e nessa dimensão. (CARLOS, 2007, p.50).

A possibilidade da transformação social através de ação popular na saúde terá como base analítica geográfica a construção conceitual desenvolvida pela geógrafa Doreen Massey (2008, p.95): “Conceituar o espaço como aberto, múltiplo e relacional, não acabado e sempre em devir, é um pré-requisito para que a história seja aberta e, assim, um pré-requisito também para a possibilidade da política”. O conhecimento contra-hegemônico é fundamental para substanciar a ação de sujeitos que vivem em locais onde os problemas sociais são materializados pela situação de pobreza, onde a renda familiar precária, a falta de estrutura sanitária, de serviços de saúde, somados a pressão de empreendimentos privados com anuência do Estado tornam espaços de pobreza e de doença.

O Espaço como conceito importante para o debate da Vigilância Popular em Saúde colabora com pesquisas no campo das ciências da saúde que utilizam o conceito de Território (MONKEN e BARCELLOS, 2005). A territorialidade dos movimentos sociais é importante meio de resistência frente aos empreendimentos que buscam a reprodução capitalista e o conceito de território também é chave em relação à compreensão da Saúde Pública estatal na análise das condições de saúde das populações. O uso de um conceito não anula a possibilidade de utilização por outro, a construção do olhar analítico pelo mesmo objeto deve ser plural, e em trabalhos que buscam abrir um campo de reflexão ou que se colocam na contra-hegemonia científica, pensar desta forma é

fundamental para o florescimento teórico na perspectiva de um pensamento crítico e propositivo.

O questionamento que há de ser feito para uma análise geral das condições de saúde na perspectiva da sociedade capitalista atual é que em uma ordem social onde a vida precária é condição natural, e os processos de acumulação de capital tornam doença uma mercadoria, há possibilidade de emancipação humana através de ações coletivas de saúde? As sociabilidades no mundo capitalista no século XXI apresentam como característica a padronização de uma vida humana para impulsionar todas as formas de consumo. A precarização da vida é resultado da construção de espaços para atender a organização da vida de um sujeito estereotipado, com gênero, raça e condição social bem definida, construindo seu oposto, marginalizado em espaços da pobreza e em cotidianos precários para a saúde humana.

O processo investigativo e propositivo que este trabalho busca desenvolver tem no fenômeno da saúde humana no capitalismo uma mediação para compreensão da realidade, onde a relação direta entre sujeito (onde a saúde humana se materializa) e objeto (saúde humana) tem de ser analisadas. A aproximação da realidade através da interpretação da relação sujeito-objeto “não se trata de um problema estritamente filosófico, e sim de uma questão gnoseológica que se coloca para todas as ciências e, particularmente, para as ciências sociais, em que o homem é o sujeito que investiga e é o próprio objeto de estudo” (CIAVATTA, 2014, p.197). Essa questão emerge com grande importância nas investigações no processo de saúde-doença no campo das ciências da saúde e áreas correlatas, na prática científica, ou nas atividades e ações de saúde pública, ou seja, quando nos aproximamos da realidade através da investigação sobre saúde-doença, nos aproximamos da própria realidade do investigador, carregada de pré-conceitos, pré-concepções e pré-julgamentos sobre o que é ser saudável.

A relação sujeito-objeto é apontada por Ciavatta (2014, p.197) através de três concepções que dizem respeito ao “sujeito que conhece, ao objeto de conhecimento e ao conhecimento como produto do processo cognitivo, sendo uma interação específica entre o sujeito que conhece e o objeto a ser conhecido”. Seguindo o itinerário analítico da autora, transpondo para análise sobre a relação sujeito-objeto com olhar na saúde das coletividades, podemos encontrar caminhos teóricos para desvendar a essência dessa relação na perspectiva da compreensão do processo saúde-doença através da Geografia.

A primeira concepção “privilegia a atuação do objeto sobre o sujeito, cujo aparelho perceptivo é receptivo, passivo, contemplativo” (CIAVATTA, 2014, p.198). Essa interpretação é observada em pesquisas onde a distribuição geográfica de determinada doença é responsável por desenvolver uma reflexão sobre o processo de saúde-doença. Há, nessa concepção, limitações quanto à possibilidade de compreensão do objeto. Os métodos utilizados nessa perspectiva utilizam uma concepção de espaço estático e como a geógrafa Doreen Massey (2008 p.94) aponta “Conceber o espaço como um recorte estático através do tempo, como representação, como um sistema fechado, e assim por diante, são todos modos de subjugar-lo”.

Na segunda concepção, observa-se o predomínio do sujeito. “O sujeito que percebe o objeto e produz o conhecimento é o elemento predominante ou exclusivo do processo cognitivo” (CIAVATTA, 2014 p.198). A visão particular do sujeito interfere na concepção de realidade no momento de análise do objeto. Nessa forma de interpretação há riscos de subjetivismos e idealismos na análise. Podemos exemplificar através de pesquisas que observam uma comunidade de baixa renda e já sentenciam a possibilidade de adoecimento dessa população a todas as doenças possíveis. Outro aspecto comum nessa perspectiva é a “culpabilização” da população de baixa renda acerca dos problemas sociais, sem ampliar as variáveis possíveis e multiescalares no processo de investigação.

E na terceira concepção, a busca pela superação do predomínio do Sujeito ou do objeto com ênfase na relação entre os dois, “O homem, sujeito e objeto na produção do conhecimento, não é um indivíduo isolado, mas um sujeito social que realiza a história e nela se realiza” (CIAVATTA 2014 p.199). O conhecimento não determina o que seria a essência do viver, mas o viver que determina o que é o conhecimento. Essa interpretação não busca uma primazia do objeto, estático no espaço ou do sujeito idealista, que relativiza os diversos aspectos dos fenômenos no espaço, mais sim, relacionar o sujeito social ao processo de saúde-doença, onde o homem constrói seu meio de viver e se constrói a partir do modo de vida. Nessa perspectiva, a manifestação concreta do processo saúde-doença deve ser entendida através da saúde humana como resultado das condições de vida numa perspectiva histórica e geográfica.

A construção do objeto científico no estudo dos fenômenos do processo saúde-doença na perspectiva da saúde das coletividades necessita situar o fenômeno no contexto histórico e geográfico. De acordo com Luft et al. (1996), Henri Lefebvre concebe que “o objeto do conhecimento muitas vezes apenas se

anuncia e vai-se construindo, devendo-se ter em mente seu espaço e seu tempo no processo de conhecer (LUFT et al., 1996, p.88). É equivocado compreender a História como uma sucessão de fatos ou a Geografia como distribuição geográfica em uma “fotografia espacial”. A realidade é um devir e a totalidade social um conjunto dinâmico de relações, ou seja, como afirma Ciavatta (2014 p.194) “o conceito de totalidade social tem um referente histórico, material, social, moral ou afetivo, de acordo com as relações que constituem determinada totalidade”. Para entender a complexidade da análise do conceito de totalidade, a autora ainda afirma que “no sentido marxiano, a totalidade é um conjunto de fatos articulados ou o contexto de um objeto com suas múltiplas relações, ou ainda, um todo estruturado que se desenvolve e se cria como produção social do homem” Ciavatta (2014 p.195).

Como compreender o processo saúde-doença e a Vigilância em Saúde na perspectiva da busca por esse todo estruturado? Grande contribuição da produção de conhecimento com foco nas manifestações de saúde e doença é na perspectiva da investigação pela melhor possibilidade de viver. A saúde e a doença compreendidas numa relação indissociável, ou seja, não há como entender uma sem a outra, possibilita refletir sobre as condições de vida como uma totalidade concreta, tornando-a um método para compreender o processo saúde-doença. Nesse sentido, temos acordo com a concepção sobre “condições de vida” de Castelhanos (1997, p.62):

Cada indivíduo, família, comunidade e grupo populacional, em cada momento de sua existência, tem necessidades e riscos que lhes são característicos, seja por sua idade, pelo sexo e por outros atributos individuais, seja por sua localização geográfica e ecológica, por sua cultura e nível educativo, ou seja por sua inserção econômico-social, que se traduz em um perfil de problemas de saúde/doença peculiares, os quais favorecem e dificultam, em maior ou menor grau, sua realização como indivíduo e como projeto social.

A busca por uma Vigilância da Saúde que considere as condições de vida como uma totalidade concreta aponta para possibilidade de compreender o processo saúde-doença através de um todo de práticas sociais, sendo esse todo, a chave para entender a saúde humana e suas manifestações individuais e coletivas na sociedade. A análise destas práticas sociais permite identificar todas as dimensões da relação saúde-adoecimento, seja através dos componentes microbiológicos até as relações macroeconômicas, entendendo o processo saúde-doença como um movimento de fatores que podem ser compreendidos na totalidade, ou seja, para analisar uma epidemia, por exemplo, é preciso analisar

sua relação com a circulação de determinado vírus, com hábitos culturais, condições econômicas, etc. Para assim, compreender o fenômeno da saúde-adoecimento em uma dada realidade social.

Como o conhecimento humano não pode jamais, por princípio, abranger todos os fatos – pois sempre é possível acrescentar fatos e aspectos ulteriores – a tese da concreticidade ou da totalidade é considerada uma mística. Na realidade, totalidade não significa todos os fatos. Totalidade significa: realidade como um todo estruturado, dialético, no qual ou do qual um fato qualquer (classes de fatos, conjunto de fatos) pode vir a ser racionalmente compreendido. (KOSÍK, 1976 p.35)

As investigações sobre saúde coletiva na perspectiva das ciências humanas têm no pensamento dialético um método que contrapõe estudos com foco nas particularidades do indivíduo ou na fragmentação da pesquisa com foco na doença. Kosík (1976, p.9) afirma que “o pensamento dialético distingue entre representação e conceito da coisa”, ao de pensar a saúde apenas como manifestação individual do adoecimento ou na construção de estilos de vida saudável, é preciso compreender além da revelação do fenômeno, buscando a compreensão do real sentido da coisa, ou seja, compreender a manifestação do processo de saúde e doença através do seu contexto social, espacial, das relações de poder e tensionamentos cotidianos, da presença e ausência de serviços de saúde formais, práticas informais de cuidado, ou seja, desvendar a práxis humana. Para realização do contraponto a um modo de produção de conhecimento sobre o processo saúde-doença, Karel Kosík nos traz elementos importantes argumentando em prol das ciências humanas.

A imagem fiscalista do positivismo empobreceu o mundo humano e no seu absoluto exclusivismo deformou a realidade: reduziu o mundo real a uma única dimensão e sob um único aspecto, à dimensão da extensão e das relações quantitativas. Além do mais cindiu-se o mundo humano ao erigir em realidade única o mundo do fiscalismo, o mundo dos valores reais idealizados, da extensão, da quantidade, da mensuração, das formas geométricas, enquanto o mundo cotidiano do homem foi declarado uma ficção. (KOSÍK, 1976 p.24)

O mundo fiscalista pode ser traduzido hoje nas pesquisas que abordam apenas uma dada racionalidade e são hegemônicas no contexto atual do diálogo da Geografia com as ciências da saúde. Em um editorial sobre um congresso internacional de Geografia Médica, GEOMED 2017, observa-se sua importância para o debate do espaço e saúde, “encontro vem se consolidando como o principal fórum de apresentação de novos métodos e abordagens voltados para revelar o papel do espaço, da geografia, do local e do ambiente nas questões da saúde pública” (PINA E CARVALHO, 2017 n.p.), e analisando a

produção de pesquisadores do evento, as autoras concluem que o evento atraiu “pesquisadores de 28 países, dos cinco continentes, com um grande equilíbrio entre as áreas: 37% da área de estatística, 27% da saúde pública, 25% das geociências e 11% das ciências da computação” (PINA E CARVALHO, 2017 n.p.). Nesse sentido, um evento importante para discutir espaço e saúde apresenta uma hegemonia em áreas temáticas que abordam o espaço na perspectiva positivista, quantitativa, da mensuração e da geometria.

A Geografia tem grande contribuição para a Vigilância em Saúde, analisando na perspectiva da ciência enquanto meio (aparência) e como mediação (essência). O meio é o instrumento imediato na pesquisa, a evidência através de suas qualidades aparentes, enquanto a mediação é a essência oculta, são processos sociais em sua especificidade histórica e geográfica, segundo Ciavatta (2014 p.209): “A mediação situa-se no campo dos objetos problematizados nas suas múltiplas relações no tempo e no espaço, sob ação de sujeitos sociais”. Na primeira, uma geografia imediatista, da análise espacial, demografia, distribuição geográfica das doenças e localização dos serviços de saúde, um meio para identificar ou apresentar o fenômeno a ser estudado. Uma Geografia da aparência, onde a cartografia tem destaque, mas há caminho para outras áreas contribuírem. Na segunda, uma Geografia da essência, enquanto teoria social do espaço. É a contextualização do objeto de pesquisa no tempo e no espaço, sua problematização enquanto prática social em suas múltiplas dimensões (econômica, técnica, ambiental, cultural, etc.). Uma ciência geográfica que torna indissociável a relação teoria e empiria, dialogando com a realidade através de mediações que faça emergir a essência dos fenômenos.

O texto busca orbitar a discussão sobre essência e aparência dos fenômenos na Vigilância em Saúde. O conjunto de ações de saúde pública para contenção do avanço de doenças, prevenção e promoção da saúde faz parte do desenvolvimento científico para atuação no contexto sociosanitário. Os avanços científicos e suas limitações são restritos aos debates acadêmicos, e ainda há uma busca pela popularização da ciência, buscando a apropriação dos conhecimentos científicos pela sociedade. Nesse ponto, buscamos um conhecimento insurgente para Vigilância em Saúde, concordando com o questionamento de Porto (2017, p.3150) “em que medida podemos pensar a vigilância em seu caráter emancipatório, bem como seus limites nos tempos atuais?”.

A Vigilância Popular em Saúde ainda necessita de maior desenvolvimento teórico e de práticas realizadas por movimentos e grupos sociais. Não que isso seja um problema no sentido do tempo linear, mas um dever necessário para transformação social. É nesse movimento de construção de uma proposta emancipatória que percebemos a possibilidade da crítica ao constituído para que possamos avançar, e assim, nascendo a possibilidade da revolução.

3

A Vigilância em Saúde: biopolítica, soberania e ação coletiva

A Vigilância Popular em Saúde como uma forma de resistência social em um contexto onde o Estado não garante o direito à saúde para grupos subalternos faz parte da construção analítica da presente tese. A ação popular é espelhada nas ações de Vigilância em Saúde, que compõem as políticas públicas realizadas por aparelhos estatais e estruturam os sistemas de saúde pública de Estados-nações. Todavia, a estrutura da sociedade e a conjuntura instalada em espaços de maior precariedade social apresentam as insuficiências inerentes ao Estado e seu papel para controle e manutenção da vida humana. A Vigilância Popular em Saúde é uma ação de resistência averiguada como uma apropriação da ação do Estado para sua radicalização democrática.

A crítica ao metabolismo social capitalista conduz a investigação através da materialidade nos aspectos sociais da vida cotidiana. E o Estado é elemento central desta tese para compreender o fenômeno da soberania e do biopoder no controle das condições de saúde das classes subalternas. Para Pogrebinski (2009, p.38) “se tivesse recebido uma forma sistemática, a crítica marxiana da política se iniciaria com a gênese do Estado moderno e se concluiria com a luta por sua superação”. O ponto que auxilia na análise deste capítulo é o antagonismo entre sociedade e Estado e o movimento para construção de uma ação de soberania através de uma concepção emancipatória sobre saúde humana.

A organização de movimentos populares na busca por um caminho de emancipação através de uma ação de saúde assume uma contradição perigosa: Como a radicalização democrática das práticas espaciais da saúde pública atua sem enfraquecer as conquistas populares pelo direito à saúde através do Estado? É preciso ter no centro desta questão o papel dos movimentos populares na consolidação dos sistemas de saúde pública dos Estados.

“As raízes dos sistemas públicos de saúde encontram-se em iniciativas de organizações de trabalhadores e partidos políticos de esquerda, que em meados do século XIX, no contexto do processo de urbanização e industrialização, criaram sociedades de socorro mútuo (...) A partir de contribuição voluntária dos trabalhadores, essas associações garantiram benefícios em caso de perda de salário por doença e para auxílio funeral, e por vezes, assistência médica prestada por médicos contratados pela entidade de ajuda mútua” (LOBATO E GIOVANELLA, 2012 p.95)

Dentro desta perspectiva o capítulo é uma análise acerca das relações de poder na dinâmica da vida, ou seja, a biopolítica que movimenta setores subalternos da sociedade para maior autonomia sobre os rumos da saúde humana. As *sociedades mútuas* criadas no século XIX e a reforma sanitária brasileira tem em comum a reação de movimentos populares em busca de um bem estar social e manutenção da vida no capitalismo.

A concepção de soberania tem uma dupla função na análise. Enquanto instrumento analítico, para tornar visível a essência da realidade dos diversos sujeitos (dominados e dominantes) na perspectiva que são colocados como “sujeitos da ação” e soberanos na realização das práticas espaciais para vigilância da saúde em contextos territoriais distintos. Outra função é analisar a realização da soberania de grupos subalternos através de fragmentos, ou seja, um olhar sobre uma ação para saúde das coletividades torna um grupo subalterno soberano?

3.1 Biopolítica e a pseudoconcreticidade

A relação entre a saúde humana e a ação política tem em Michel Foucault um interlocutor. O termo “vigilância” está presente em duas áreas importantes para realização de políticas públicas: saúde pública e segurança pública. A relação da vigilância com aspectos punitivos realizados pelo Estado como representação do poder soberano, para controle sobre as pessoas. Estes processos se estruturam, conforme análise realizada por Michael Foucault (2009) em seu livro “Vigiar e punir: nascimento da prisão”.

Significa um esforço para ajustar os mecanismos de poder que enquadram a existência dos indivíduos: significa uma adaptação e harmonia dos instrumentos que se encarregam de vigiar o comportamento cotidiano das pessoas, sua identidade, atividade, gestos aparentemente sem importância; significa uma outra política a respeito dessa multiplicidade de corpos e forças que uma população representa (FOUCAULT, 2009 p.98).

A citação faz parte da análise de Michael Foucault sobre os avanços da técnica de punição na sociedade. A organização dos mecanismos de poder através das práticas da Vigilância em Saúde tem ancoragem no controle do cotidiano das pessoas com foco na realização de uma organização harmônica dos corpos. Para que o indivíduo não adoça é necessário se adaptar a instruções normativas, protocolos e guias de saúde pública que através do

monitoramento das condições sanitárias locais pode promover uma “reabilitação” espacial.

A biopolítica é compreendida de forma simplista como a realização da política em nome da vida (ou da situação de saúde). O biopoder como a vida humana submetida por um determinado poder (ou pela estrutura de poder hegemônica). Estas categorias conduzem a análise para compreender o sentido da ação voltada para vigilância da situação de saúde de uma dada população.

Parece-me, contudo, que a análise da biopolítica só poderá ser feita quando se compreender o regime geral dessa razão governamental de que lhes falo, esse regime geral que podemos chamar de questão de verdade - antes de mais nada da verdade econômica no interior da razão governamental -, e, por conseguinte, se compreender bem o que está em causa nesse regime que é o liberalismo, o qual se opõe a razão de Estado, ou antes, [a] modifica fundamentalmente sem talvez questionar seus fundamentos. Só depois que soubermos o que era esse regime governamental chamado liberalismo é que poderemos, parece-me, apreender o que é a biopolítica. (FOUCAULT, 2008 p.30).

A categoria biopolítica é um instrumento de análise do objeto da pesquisa que se encontra no interior do método materialista histórico e dialético. É através dessa perspectiva de análise do real que adentramos na Vigilância em Saúde compreendendo-a como um fenômeno social que se estrutura por uma necessidade de poder sobre vidas humanas. É um processo vinculado a uma historicidade marcada pelo domínio capitalista na sociedade, portanto, oriunda de contradições que envolvem a proteção da saúde humana e a valorização da propriedade privada.

No parágrafo anterior ocorre a ausência de uma palavra mesmo que sua concepção esteja ali presente: O Estado. Não há como tratar a biopolítica na construção da Vigilância em Saúde sem observar a centralidade do Estado para vigilância da população. Mas também é preciso considerar o Estado como uma abstração teórica que expressa as relações de poder na sociedade agregadas a uma estrutura governamental, o que desloca o senso comum que o define como uma “máquina pública” que precisa ser lapidada para uma melhor eficácia e eficiência na organização da sociedade.

Antes de prosseguir na análise da biopolítica é necessário passar pela crítica de Marx ao Estado moderno. Pogrebinschi (2009) encontra duas linhas argumentativas e não excludentes em Marx. “A primeira vincula a formação do Estado moderno à evolução histórica da propriedade privada” (p.38) onde o Estado é um ente político para proteção e garantia da propriedade privada. E

uma segunda linha com foco no Estado emergindo na Revolução Francesa “uma vez que nesse momento histórico da chamada emancipação política implica a cisão definitiva da vida em duas esferas, uma política e outra não política (p.39). A separação entre as esferas da política e da não política ocasiona segundo Pogrebinschi (p.39) “a tensão entre o Estado político e a sociedade civil é o que caracteriza a modernidade, de modo que o Estado moderno é definido por Marx como um Estado “político”, “separado” e “abstrato””.

A passagem pela conceituação de Marx sobre o Estado moderno tem fundamento na análise que será desenvolvida sobre a Vigilância em Saúde através da categoria biopoder. A crítica ao Estado moderno feita por Marx posiciona a crítica que este texto busca através da categoria biopolítica desenvolvida por Foucault. O Estado tem poder soberano e com isso define quem vai viver ou morrer através do exercício de seu poder disciplinar, seja em guerras com outras nações ou na sua relação do direito penal na organização das punições de indivíduos. Este mesmo poder soberano negligencia o adoecimento e morte em grupos subalternos através de epidemias territorializadas em espaços de pobreza, como exemplo da Dengue, Malária, Tuberculose, Hanseníase e tantas outras. É uma necropolítica, categoria trabalhada por Mbembe (2018) para apontar para formas de poder que subjugam vida ao poder da morte.

A biopolítica objetiva, então, regular os fenômenos vitais da natalidade, da mortalidade, da morbidade (fome, epidemia), mas também fenômenos da delinquência, educação, opinião, higiene, invalidez, que reclamam novas aparelhagens e instrumentos, como os proporcionados pela estatística. (LAVAL, 2020 p.91)

A biopolítica é uma categoria de análise para compreender o desenvolvimento da Vigilância em Saúde realizada pelo Estado, e assume uma importância metodológica. A biopolítica conduz o caminho analítico para compreensão da essência da ação humana sobre a saúde de coletividades. O processo de abstração teórica para investigar os fenômenos da realidade tem na dialética do concreto de Karel Kosik (1976) um método que apresenta e torna oculto, “o fenômeno indica a essência e, ao mesmo tempo, a esconde” (KOSIK, 1976 p.11).

O complexo dos fenômenos que povoam o ambiente cotidiano e a atmosfera comum da vida humana, que, com a sua regularidade, imediatismo e evidência, penetram na consciência dos indivíduos agentes, assumindo um aspecto independente e natural, constitui o mundo da pseudoconcreticidade (KOSIK, 1976 p.11).

A Vigilância em Saúde é uma ação humana para saúde das coletividades, que tem no Estado um instrumento para sua realização. A vigilância da população é um processo para governabilidade da sociedade, logo uma instância para realização do biopoder. É um instrumento de controle de corpos através de políticas públicas articuladas com os desejos e anseios da classe dominante para manutenção da ordem econômica vigente.

O Estado não é uma estrutura pseudoconcreta enquanto sua existência na sociedade. O que este estudo identifica como constituição do mundo da pseudoconcreticidade para avançar na investigação do objeto desta pesquisa está na definição de Karel Kosik (1976) como a práxis fetichizada dos homens, ou seja, na concepção onde a única via para proteção da saúde de grupos subalternos na sociedade está no controle do Estado moderno.

A tese tem o método dialético como articulador de conceitos e categorias. “O “conceito” e a “abstração”, em uma concepção dialética, têm significado de método que decompõe o todo para poder reproduzir espiritualmente a estrutura da coisa, e, portanto, compreender a coisa” (KOSIK, 1976 p.14). A biopolítica é a categoria que exerce um papel mediador entre o método e a investigação, na busca por desvendar a essência da ação em olhar a Vigilância em Saúde como uma ação política do corpo, e como ação hegemônica na sociedade, tem em sua oposição a Vigilância Popular em Saúde como uma estratégia biopolítica de grupos subalternos. Nesse sentido, situamos essa pesquisa em sua proposição crítica à realidade instituída pelo senso comum. Busca-se através da biopolítica romper com a pseudoconcreticidade que envolve a naturalização do papel do Estado no controle de corpos na sociedade como uma perspectiva apolítica, neutra e que abrange a totalidade social.

3.2 Biopolítica e a Vigilância em Saúde

A necessidade de uma ação de Vigilância em Saúde enquanto política de controle da saúde da população tem no século XVIII seu embrião. Ir ao passado não quer dizer que haverá uma sequência de fatos para estruturar antecedentes para as ações atuais de Vigilância em Saúde. O que resgatamos no século XVIII através de Michel Foucault é como a sociedade desloca o olhar da saúde da assistência individual para uma observação coletiva do processo saúde-doença.

Desta forma, a nosopolítica é categoria que introduz a linha de pensamento abordada e encaminha a reflexão através da concepção de biopoder.

A problematização da nosopolítica, no século XVIII, não traduz, portanto, uma intervenção uniforme do Estado na prática da medicina, mas sobretudo a emergência, em pontos múltiplos do corpo social, da saúde e da doença como problemas que exigem, de uma maneira ou de outra, um encargo coletivo. A nosopolítica, mais do que um resultado de uma iniciativa vertical, aparece, no século XVIII, como um problema de origens e direções múltiplas: a saúde de todos como urgência para todos; o estado de saúde de uma população como objetivo geral (FOUCAULT, 2012 p.298).

A nosopolítica no século XVIII é uma categoria que representa o despertar capitalista para o processo saúde-doença. Desloca-se um olhar sobre as técnicas de assistência individual para desenvolvimento de ações voltadas para as coletividades. O corpo humano é força produtiva e o controle para a condição da produção tem nas políticas médicas para a população em geral um instrumento.

Os “corpos” – corpo dos indivíduos e corpo das populações – surgem como portadores de novas variáveis: não mais simplesmente raros e numerosos, submissos ou renitentes, ricos ou pobres, válidos ou inválidos vigorosos ou fracos, e sim mais ou menos utilizáveis, mais ou menos suscetíveis de investimentos rentáveis, tendo maior ou menor chance de sobrevivência, de morte ou de doença, sendo mais ou menos capazes de aprendizagem eficaz. Os traços biológicos de uma população se tornam elementos pertinentes para uma gestão econômica e é necessário organizar em volta deles um dispositivo que assegure não apenas sua sujeição, mas o aumento constante de sua utilidade. (Foucault, 2012 p.303).

O termo “noso” (do grego nósos ou doença) é utilizado na composição de palavras relacionadas a algum aspecto da doença ou enfermidade. Nosofobia é o medo de adoecer ou contrair doenças, nosografia é a descrição ou explicação das doenças, nosologia o estudo e classificação das doenças e também o nosocômio que é sinônimo de hospital. A doença enquanto política significa que a realização da política tem na doença um foco de ação.

As políticas de saúde no século XIX tornaram-se uma ação do Estado para a população de seu domínio, o que não significa um monopólio, tendo em vista a ação de grupos religiosos e organizações de caridade. Mas é através do Estado que uma política médica para saúde da coletividade é desenvolvida. A compreensão da realidade enquanto uma reflexão sobre a produção de um movimento que suscitará processos de estruturação da saúde pública por todo continente europeu sendo enraizados para outras áreas, de domínio da

colonização europeia. Com isso explicita-se que uma análise da construção de categorias com base na realidade segue uma trajetória analítica sobre uma dada realidade, dentre muitas outras. O encontro com as diversas realidades para além do velho continente se dará em perspectivas emancipatórias, que nessa tese encontra-se na Vigilância Popular em Saúde.

A Vigilância em Saúde é uma concepção que não nasce no interior do Estado. É uma prática em saúde que parte da necessidade do controle de corpos em um determinado tempo e espaço. Seus primeiros esboços aparecem, como podemos perceber, no século XVIII e XIX em conjunto com o surgimento da medicina social e com a epidemiologia, áreas científicas que são base para o desenvolvimento dessa concepção. O que marca este contexto científico é a evolução e consolidação do capitalismo enquanto tempo histórico hegemônico.

O capitalismo, desenvolvendo-se em fins do século XVIII e início do XIX socializou um primeiro objeto que foi o corpo enquanto força de produção, força de trabalho. O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade biopolítica. A medicina é uma estratégia biopolítica (FOUCAULT, 2012 p.144).

A relação entre o neoliberalismo e a biopolítica pode ser observado em "O Nascimento da Biopolítica: Curso dado no College de France (1978-1979)" (Foucault, 2008). Sobre esta análise de Foucault, para o sociólogo francês Christian Laval (2020, p.85) "A questão das relações entre liberalismo e biopolítica, que parece inseparável de uma racionalidade governamental que faz do cálculo econômico o princípio de seu exercício e de sua regulação". O autor ainda encontra em Foucault uma questão tem como plano de fundo a noção de governamentalidade como instrumento da biopolítica:

Analisar a maneira como se conduz a conduta dos loucos, dos doentes, dos delinquentes, das crianças -, como essa grade da governamentalidade também pode valer quando se trata de abordar fenômenos de outra escala, como por exemplo uma política econômica, como a gestão de todo um corpo social, etc. (FOUCAULT, 2008 p.258)

A relação entre o liberalismo, biopolítica e a conduta de doentes (loucos, delinquentes, etc.) aqui demonstrada é colocada por Laval como "justamente o ordenamento de um espaço como meio de curar, vigiar e educar os indivíduos" (LAVAL, 2020 p.85). A conclusão do autor sobre as ideias de Michel Foucault é a gênese da concepção de Vigilância em Saúde mesmo não trabalhando diretamente com essa perspectiva da ação em saúde pública.

Nesse momento, chegamos a um dos nós que esta tese busca desenvolver. A Vigilância em Saúde compõe o campo das estratégias biopolíticas do Estado neoliberal para controle da população, tendo nesta tese uma crítica que busca uma alternativa emancipatória baseada nas mesmas ações de Vigilância em Saúde praticada pelo Estado neoliberal. Há dois caminhos que a tese irá desviar. O primeiro é considerar a apropriação das ações de Vigilância em Saúde do Estado como construção de uma “ditadura do proletariado”, e o segundo caminho que não será traçado é a negação do avanço técnico-científico de saúde pública desenvolvido desde o século XVIII na Europa. Na conclusão da tese será compreendido se esse nó foi desatado ou a opção para os grupos subalternos é seguir entre um desses dois caminhos.

O termo “Vigilância em Saúde” apresenta-se como uma ação de saúde pública que busca estruturar-se como um modelo assistencial para o cuidado e o controle da população (TEIXEIRA et al., 1998). O termo vigilância tem seu significado relacionado com o ato de vigiar, controlar, observar e monitorar. Há diferenças enquanto escopo de ações, mas o sentido da ação é o mesmo, ou seja, a segurança pública tem seus instrumentos de vigilância específicos e objetivos para exercer o biopoder particulares, mas o sentido do controle de corpos na sociedade são os mesmos da sua perspectiva voltada para saúde pública.

O conceito de vigilância como um instrumento de saúde pública surgiu no final do século XIX com o desenvolvimento da microbiologia e de saberes sobre a transmissão de doenças infecciosas, processando dados para subsidiar o emprego de medidas oportunas às pessoas observadas como uma alternativa à prática restritiva da quarentena. (ARREAZA E MORAES, 2010 p.2216)

Eliseu Alves Waldman no livro Vigilância em Saúde pública cita a definição de Vigilância em Saúde de Alexander Langmuir, epidemiologista norte-americano que formulou a Vigilância em Saúde como um instrumento de saúde pública:

“Vigilância é a 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” (WALDMAN, 1998a, p.91)

A Vigilância em Saúde consolida-se como um instrumento de saúde pública para controle da população através da situação de saúde. Atua na lógica da produção de informação para monitoramento. O que não aparece na

literatura citada é um questionamento sobre “informação para quem?”. A pergunta é pertinente para compreender a dinâmica do biopoder através da Vigilância em Saúde. Todavia, não será realizado uma crítica à produção da informação, mas como torná-la um instrumento de grupos subalternos. É preciso desnaturalizar o controle da saúde de coletividades como uma ação necessária e somente realizada pelo Estado.

A Vigilância em Saúde é um conjunto de ações difundidas após a Campanha de Erradicação da Varíola nos anos 60, quando sua utilização “disseminou-se por todos os continentes, propiciando sua consolidação como um importante instrumento da epidemiologia nos serviços de saúde” (Waldman, 1998b p.8). É compreendida de três formas: como análise e monitoramento de situações de saúde; como integração institucional entre atividades de vigilância epidemiológica e sanitária; como elemento que pressupõe a organização tecnológica do trabalho de redefinição das práticas sanitárias (TEIXEIRA, et al. 1998, MONKEN E BARCELLOS, 2005).

As ações de Vigilância em Saúde estruturadas para atuação sobre o contexto sociosanitário são base para um modelo assistencial para políticas de saúde pública. A Vigilância em Saúde não é uma alternativa divergente ao modelo assistencial hegemônico. A reorganização de suas práticas é resultado de correlações de forças internas na construção do Estado brasileiro, podendo agregar conhecimentos para atuação sobre situações de crises sanitárias, mas também ter sua limitação colocada por forças hegemônicas na sociedade que contém o avanço para solução dessas crises.

A Vigilância em Saúde tem sua construção atrelada ao desenvolvimento teórico-metodológico das pesquisas que abordam o processo saúde-doença. A relação das ações da Vigilância em Saúde com os resultados de pesquisas de instituições de ensino e pesquisa é direta e aborda um campo teórico diverso. Os resultados de estudos que abordam o comportamento de vetores, efeitos de doenças, demografia, relações comerciais, dinâmica da população, geografia urbana, etc., são absorvidos para construção dos mecanismos de monitoramento e vigilância.

A importância da construção da Vigilância em Saúde como prática e como sistema, mas também como um campo teórico da saúde pública, que integre questões que vão das categorias biológicas e ambientais às econômicas e sociais, do individual ao populacional, do local ao global, ultrapassando os limites impostos pelas disciplinas constituintes do campo (SABROZA et al, 2006 p.232)

O texto não tem a pretensão de desenvolver ou conduzir uma pesquisa epistemológica acerca da Vigilância em Saúde. É uma questão de método que necessita justificativa. Seguir por esse caminho pode escapar ao objeto desta tese e deslocar-se do objetivo científico da Geografia. Todavia, no método dialético marxiano, utilizado como base metodológica deste trabalho, a indissociabilidade entre teoria e prática é base para compreender a materialidade da Vigilância em Saúde enquanto uma categoria da prática de saúde pública, desenvolvida por uma base teórica voltada para vigilância e monitoramento da população para realização de ações de saúde pública. A definição de vigilância (Surveillance) em “A Dictionary of Epidemiology” de Miguel Porta aponta para a leitura da vigilância enquanto uma concepção que dá subsídios para uma ação que acima de tudo é contínua na realização de políticas de saúde pública.

1. Coleta, análise e interpretação sistemática e contínua de dados, estreitamente integrado com a divulgação oportuna e coerente dos resultados e avaliação para aqueles que têm o direito de saber para que ações possam ser tomadas. Isto é uma característica essencial da prática epidemiológica e de saúde pública. A fase final na cadeia de vigilância está a aplicação da informação à promoção da saúde e à prevenção e controle de doenças. Um sistema de vigilância inclui uma capacidade de coleta funcional, análise e divulgação de dados vinculados à programas de saúde pública. Muitas vezes é distinguido do monitoramento pela noção de que a vigilância é contínua, enquanto o monitoramento tende a ser mais intermitente ou episódico.

2. Análise, interpretação e feedback contínuos dos dados coletados sistematicamente, geralmente usando métodos diferenciados por sua praticidade, uniformidade e rapidez em vez de precisão ou integridade. Observando as tendências de tempo, lugar e pessoas, as mudanças podem ser observadas ou antecipadas e as ações adequadas, incluindo medidas investigativas ou de controle podem ser tomadas. Fontes de dados podem estar diretamente relacionadas à doença ou a fatores que influenciam a doença. Assim, eles podem incluir mortalidade e relatórios de morbidade com base em atestados de óbito, registros hospitalares, clínica geral sentinelas ou notificações; diagnósticos laboratoriais; relatórios de surto; absorção da vacina e efeitos colaterais; registros de faltas por doença; mudanças em agentes de doenças, vetores ou reservatórios; vigilância sorológica por meio de bancos de soro. Este último também pode ser visto como um exemplo de monitoramento biológico (PORTA, 2014 p.274).

O verbete “surveillance”, no português apenas “vigilância”, apresenta uma objetividade que vai além da escolha do autor por não utilizar o termo “health surveillance” ou “Vigilância em Saúde”. O uso do termo vigilância associada a ações de saúde é uma categoria que identifica uma ação de monitoramento e controle contínuo de uma situação de interesse para saúde pública. Para Langmuir (1971) o termo vigilância foi aplicado pela primeira vez nas ações acerca da poliomielite em abril de 1955. O autor analisou a evolução do termo

nos Estados Unidos através dos resultados para o controle dos casos da epidemia que influenciaram na formação do sistema de Vigilância em Saúde pública no país. Tracker e Berkelman (1988) demonstram a expansão do termo na Organização Mundial da Saúde (OMS) através da ação do médico epidemiologista checo Karel Raška enquanto diretor da divisão de doenças transmissíveis da OMS em 1963.

Karel Raska, definiu vigilância muito mais amplamente do que Langmuir e incluiu nele "o estudo epidemiológico da doença como um processo dinâmico. "No caso da malária, ele viu a vigilância epidemiológica como abrangendo atividades de controle e prevenção. Na verdade, a definição de vigilância da malária na OMS incluiu não só a detecção de casos, mas também a obtenção de esfregaços de sangue, tratamento, investigação epidemiológica e acompanhamento. THACKER e BERKELMAN, 1988 p.167)

As ações de controle de doenças que surgiram ao longo do século XX encontram nesse contexto, um movimento em órgãos internacionais de consolidação da vigilância epidemiológica. No contexto atual, a vigilância epidemiológica é parte do sistema de Vigilância em Saúde no Brasil, contudo, nos primeiros passos da vigilância, é fundamental para consolidação da vigilância como uma ação de coleta sistemática de informações para controle de doenças na população.

A vigilância adquirirá o qualificativo epidemiológica em 1964, em artigo sobre o tema publicado por Raska, designação que será internacionalmente consagrada com a criação, no ano seguinte, da Unidade de Vigilância Epidemiológica da Divisão de Doenças Transmissíveis da Organização Mundial da Saúde. Raska afirmava que a vigilância deveria ser conduzida respeitando as características particulares de cada doença, com o objetivo de oferecer as bases técnicas para as ações de controle. Afirmava, ainda, que sua complexidade técnica está condicionada aos recursos disponíveis de cada país. (WALDMAN, 1998b p.91-92)

A biopolítica como categoria de análise faz emergir a essência da relação da vigilância enquanto ação do Estado em seu histórico de construção.. A complexidade técnica para realização das ações de vigilância está condicionada a recursos técnicos, científicos, econômicos e da organização espacial de cada Estado nação na organização dos seus sistemas de saúde pública. Há uma instância de biopoder que é o Estado e a sociedade submetida a este poder. A doença é mediação aparente dessa relação tendo em vista que é justificativa para ação, e com isso, elege um "inimigo" a ser combatido, dando o caráter de influência bélica-militar às ações.

Em um trabalho elaborado na segunda metade dos anos 70, Juan César Garcia chamava a atenção para a evolução dos enfoques que se

desenvolveram ao longo da história da Saúde Pública, comentando sua similitude com a evolução da arte da guerra que partia da ideia inicial de eliminação do inimigo, oriunda da guerra de movimento, traduzida no campo da Saúde Pública com a noção de erradicação, passando pela ideia de controle, provinda da guerra de posição, até a noção de vigilância que corresponderia ao período da guerra fria. (TEIXEIRA, PAIM E VILASBOAS, 1998 p.11)

A vigilância enquanto etimologia da palavra e concepção de ação em saúde pública tem implícita a relação de poder. Há quem vigia e há quem é vigiado. Isto posto, ao buscar uma compreensão da realidade é preciso primeiro compreender os movimentos gerais da sociedade na produção da hegemonia no capitalismo e o papel do Estado na submissão à lógica social da distribuição do capital. E, por outro lado, a crítica não é o fim do Estado ao encontro de práticas de viés anarquistas, longe de serem consideradas neste trabalho. A manutenção da relação de poder de quem vigia é um aspecto inegociável para construção de uma vigilância popular da saúde, ou seja, o biopoder na mão da população em uma forma autogestionária para autonomia dos corpos frente a possibilidade de adoecimento.

3.3 Colonialismo (colonialidade) e imperialismo

A vigilância como política de saúde pública no Brasil assume uma característica inerente a um projeto de dominação de base colonialista e imperialista. Trata-se aqui de uma relação para compreender a hegemonia da concepção de vigilância como política pública de saúde em uma perspectiva escalar de poder que envolve a relação dos Estados-nações. Os desenvolvimentos geográficos desiguais têm sua multiescalaridade produzida pela acumulação capitalista. As determinações socioespaciais da saúde são resultados da materialização do neoliberalismo na produção do espaço, e na América Latina tem base em uma análise macro-social através da colonialidade e da lógica imperialista na construção de políticas públicas de saúde para grupos subalternos.

O colonialismo e o imperialismo não se findam com uma pseudo-dissolução da dominação política e econômica. São processos característicos do biopoder que contribuem para formação social e produção do espaço em países da América Latina. Para o sociólogo peruano Anibal Quijano (1992, p.14) “a colonialidade, conseqüentemente, ainda é o modo de dominação mais geral no

mundo hoje, uma vez que o colonialismo como uma ordem política explícita foi destruído”.

Assim, o colonialismo, no sentido de um sistema de dominação política formal de algumas sociedades sobre outras, parece uma questão do passado. O sucessor, o imperialismo, é uma associação de interesses entre os grupos dominantes (classes sociais e/ou "grupos étnicos") dos países colocado desigualmente em uma articulação de poder, ao invés de uma imposição de fora.

Nessa perspectiva, analisamos a Vigilância em Saúde como uma concepção que emerge para políticas públicas em um contexto de biopoder que se manifesta nas diversas escalas e tempos do capitalismo como paradigma social hegemônico. A vigilância como uma ação do Estado moderno de um país da América Latina como o Brasil tem na colonialidade uma categoria de análise da crítica ao instituído para realização de propostas contra-hegemônicas como esta tese procura evidenciar.

A colonialidade é um resíduo irreduzível de nossa formação social e está arraigada em nossa sociedade. Manifestando-se das mais variadas maneiras em nossas instituições políticas e acadêmicas, nas relações de dominação/opressão, em nossas práticas de sociabilidades autoritárias, em nossa memória, linguagem, imaginário social, em nossas subjetividades e, conseqüentemente, na forma como produzimos conhecimentos. (CRUZ, 2017 p.15)

A saúde pública como concebemos de forma hegemônica no mundo ocidental tem raiz no nascimento da medicina social na Europa conforme Foucault (2012 p.145) reconstitui “três etapas da formação da medicina social: Medicina de Estado, Medicina urbana e, finalmente, a Medicina da força de trabalho”. A medicina de Estado surgindo na Alemanha onde se destaca a constituição de uma polícia médica, a medicina urbana na França através dos desafios econômicos e sociais do recente processo de urbanização, e por fim uma Medicina dos pobres, da força de trabalho e do operário na Inglaterra. Na Inglaterra do século XIX também se desenvolviam as primeiras técnicas e estudos epidemiológicos através da atuação e pesquisas de William Farr, John Snow, entre outros.

Remonta a esse período a prática da Saúde Pública, e sua incipiente Epidemiologia, como uma "medicina social" do colonialismo. O controle da varíola, malária, febre amarela e outras doenças ditas "tropicais" nos portos dos países colonizados distingue essa fase, que tem como características principais um intenso pragmatismo e um atrelamento da Saúde Pública às ciências básicas da área médica. (ALMEIDA FILHO, 1986 p.306)

A hipótese de Foucault (2012, p.144) que “com o capitalismo não se deu a passagem de uma medicina coletiva para uma medicina privada, mas justamente o contrário”, nos aponta que a materialidade histórica do biopoder na produção da realidade tem na Medicina social um aporte significativo para controle de corpos. Por outro lado, é necessário romper uma dicotomia que de forma aparente localiza-se entre a medicina individual vinculada ao setor privado com uma medicina social atrelada ao Estado. É preciso compreender a dialética individuo-coletivo na perspectiva neoliberal nas práticas da medicina moderna, onde sua relação produz um sistema que permite a acumulação capitalista através da soberania sobre corpos (povo).

A saúde não é primordialmente ‘individual-subjetiva-contingente’, nem tampouco é primordialmente ‘coletiva-objetiva-determinada’; ela é, sempre e simultaneamente, o movimento de gênese e reprodução possibilitado pelo concurso de processos individuais e coletivos, que se articulam e se determinam mutuamente. Ela tampouco é primeiro individual e depois coletiva, como produto da combinação de realidades individuais. Em suma, o olhar dialético nos permite ver que essa discussão não tem sentido, porque livre arbítrio e determinação coletiva não são termos excludentes, mas interdependentes. (BREILH, 2006 p.45)

A análise desta pseudoconcreticidade demonstra a construção de uma realidade muito mais dicotômica do que dialética no campo analítico que se desenvolve com foco na saúde pública. É evidente que não se relaciona a todos os estudos, mas sim se aporta em uma visão hegemônica. A dialética é um método que rompe com a pseudoconcreticidade enquanto esse rompimento permite buscar o que é essência do fenômeno. E a essência no que estamos tratando encontra-se na possibilidade de observar fenômenos que estão além dessa dicotomia como exemplo na apropriação de grupos subalternos sobre ações do Estado. Ou seja, não relativas a uma relação binária e buscando através de mediações para análise do fenômeno da saúde pública.

A perspectiva teórico-prática se apresenta como uma alternativa a uma concepção universal de saúde pública desenvolvida no mundo ocidental através das experiências em países europeus, rompendo com sua homogeneização através dos múltiplos saberes existentes na realidade dos países colonizados. Desafio que a geografia encontra no processo de reinventar abordagens metodológicas para investigação dos seus objetos de pesquisa, incluindo os fenômenos do processo saúde-doença.

A colonialidade como herança cultural, cognitiva e epistêmica está materializada no eurocentrismo que atravessa e orienta até os dias atuais uma

grande parte da produção intelectual produzida em ciências sociais, incluída aí a produção dos geógrafos. (CRUZ, 2017, p.18)

A Vigilância em Saúde é um constructo para organização e controle de corpos como uma política pública de saúde, o que já está sendo problematizado neste trabalho. Compreender o histórico do desenvolvimento da saúde pública na Europa e sua relação com o colonialismo é como afirma Cruz (2017, p.16) “É impossível pensar a modernidade sem a colonialidade; não dá para pensar nos esplendores e nos triunfos da modernidade ocidental sem pensar na colonialidade do poder, do saber, do ser e da natureza”. Portanto, os avanços científicos devem ser analisados em sua perspectiva político-ideológica na produção da biopolítica como ação para controle de corpos na sociedade.

A imersão acerca da colonialidade e sua materialização através da biopolítica precisa considerar o período onde o tráfico de escravos sustentou os avanços do capitalismo no globo através do domínio dos corpos de pessoas escravizadas no continente africano para as áreas de domínio colonial, como afirma Mbembe (2018, p.27) “Qualquer relato histórico do surgimento do terror moderno precisa tratar da escravidão, que pode ser considerada uma das primeiras manifestações da experimentação da biopolítica”.

Propus a noção de necropolítica e de necropoder para dar conta das várias maneiras pelas quais, em nosso mundo contemporâneo, as armas de fogo são dispostas com o objetivo de provocar a destruição máxima de pessoas e criar “mundos de morte”, formas únicas e novas de existência social, nas quais vastas populações são submetidas a condições de vida que lhes conferem o estatuto de “mortos-vivos”. (MBEMBE, 2018 p.71)

A materialização espacial da necropolítica encontra na relação entre território e soberania uma construção analítica que se refere a possibilidade da Vigilância em Saúde como uma biopolítica de corpos. A vida precária de grupos subalternos é uma realização da colonialidade. O mundo contemporâneo é marcado por uma determinação espacial fruto das desigualdades sociais que produzem espaços da pobreza, e na América Latina são espaços onde grande maioria são descendentes de povos originários e pessoas escravizadas, como em favelas e periferias urbanas. Para compreender essa problemática através de uma perspectiva espacial, Haesbaert (2021) observa as dimensões da soberania territorial e da biopolítica do território para análise do biopoder no controle disciplinar dos corpos.

Assim, podemos afirmar que, enquanto o território soberano(ou a soberania territorial, como uma de suas dimensões) privilegia o tradicional controle e a

exploração das riquezas no interior de fronteiras nacionais, alimentando projetos nacionalistas, o território disciplinar se dirige prioritariamente ao controle e disciplinarização dos corpos individuais. Por outro lado, o território biopolítico (ou melhor, a dimensão biopolítica do território) é aquele que prioriza o conjunto da população (“o homem enquanto espécie”), o controle de sua reprodução e especialmente de sua mobilidade (contenção territorial dos “indesejáveis”). Em muitos desses espaços, especialmente os mais periféricos e colonizados, a biopolítica que rege a vida se transforma em política (racista) de morte ou necropolítica, envolvida no extermínio dos descartáveis, às vezes, representados pela totalidade de uma etnia ou grupo cultural-religioso (HAESBAERT, 2021 p. 111-112)

A Vigilância em Saúde tem em seu escopo de ações métodos e perspectivas disciplinares para contenção de corpos e doenças. Na pandemia da COVID-19 no ano de 2020 e 2021 a sociedade brasileira, com exceção de negacionistas da ciência, entendem a importância da disseminação de dados epidemiológicos para análise do comportamento da doença. Desenvolvem-se com apoio popular e científico as políticas públicas para disciplina de corpos para redução do contágio. A crise sanitária torna a vigilância uma questão importante para o conjunto da sociedade. Por outro lado, boletins epidemiológicos apontaram para que a população negra e parda são as maiores taxas de morbimortalidade durante toda a pandemia. A vida dos descendentes de pessoas escravizadas e dos povos originários é marcada pela presença em espaços da pobreza caracterizados pelas condições de vida favoráveis à disseminação de doenças transmissíveis associadas às políticas públicas não efetivas para saúde dessas populações. A colonialidade ainda conduz os corpos que devem morrer ou viver com herança direta do modelo estrutural do colonialismo.

A lógica territorial do biopoder tem sua característica atrelada ao momento histórico-geográfico. A superação do colonialismo como processo de dominação formal de países europeus sobre as colônias latino-americanas se diferencia do imperialismo, como modelo de dominação no século XX caracterizado pelo domínio de um Estado ou por um bloco de Estados no controle político, ideológico, econômico e cultural sobre países. Ao denominar de imperialismo capitalista, David Harvey (2004 p.31) aponta:

Uma fusão contraditória entre “a política do Estado e do império” (o imperialismo como projeto distintamente político da parte de atores cujo poder se baseia no domínio de um território e numa capacidade de mobilizar os recursos naturais e humanos desse território para fins políticos, econômicos e militares) e “os processos moleculares de acumulação do capital no espaço e no tempo” (o imperialismo como um processo político-econômico difuso no espaço e no tempo no qual o domínio e o uso do capital assumem primazia).

A relação da política de Estado com a circulação capitalista em um processo de dominação global é uma característica do imperialismo e que reflete na produção do Espaço seja nos países articulados em redes de poder ou aqueles subordinados as lógicas de poder hegemônico vigente. Desta forma, a exploração dos recursos naturais e de povos subalternos através da divisão social do trabalho é fundamental para compreender a exploração das condições geográficas para acumulação e das condições geográficas para existência humana. As desigualdades das condições físicas do corpo são resultados dessa produção social.

As práticas imperialistas, do ponto de vista da lógica capitalista, referem-se tipicamente à exploração das condições geográficas desiguais sob as quais ocorre a acumulação do capital, aproveitando -se igualmente do que chamo de as “assimetrias” inevitavelmente advindas das relações espaciais de troca. Estas últimas se expressam em trocas não-leais e desiguais, em forças monopolistas espacialmente articuladas, em práticas extorsivas vinculadas com fluxos de capital restritos e na extração de rendas monopolistas. A condição de igualdade costumeiramente presumida em mercados de funcionamento perfeito é violada, e as desigualdades resultantes adquirem expressão espacial e geográfica específica. A riqueza e o bem estar de territórios particulares aumentam à custa de outros territórios. As condições geográficas desiguais não advêm apenas dos padrões desiguais da dotação de recursos naturais e vantagens de localização; elas são também, o que é mais relevante, produzidas pelas maneiras desiguais em que a própria riqueza e o próprio poder se tornam altamente concentrados em certos lugares como decorrência de relações assimétricas de troca. Esse é o ponto no qual a dimensão política retorna ao panorama. (HARVEY, 2004 p.35)

O imperialismo como destaca Lenin em sua concepção mais resumida “é a fase monopolista do capitalismo” (LENIN, 2010 p.87). O autor prossegue afirmando que as definições breves são insuficientes para compreender a realidade dos fenômenos, mas permitem extrair aspectos da realidade. E é esse exercício intelectual permite extrair um aspecto importante que é a construção de monopólios através do capital financeiro.

O imperialismo é o capitalismo na fase de desenvolvimento em que ganhou corpo a dominação dos monopólios e do capital financeiro, adquiriu marcada importância a exportação de capitais, começou a partilha do mundo pelos trusts internacionais e terminou a partilha de toda a terra entre os países capitalistas mais importantes. (LENIN, 2010 p.87)

A vigilância emerge enquanto prática de saúde pública. “Em 1968, as discussões técnicas na assembleia da organização mundial da saúde foram dedicadas a um exame completo da vigilância como uma função estabelecida e essencial da prática de saúde pública” (LANGMUIR, 1970 p.681) e foi “recomendado aos estados membros como um pré-requisito para o controle e

prevenção eficazes de doenças transmissíveis” (RASKA, 1970 p.684). Atualmente, a Organização Mundial da Saúde (OMS) tem destaque ao declarar emergências de saúde pública de importância internacional como ocorreu com a H1N1 (em 2009), Poliomielite (em 2014), Ebola (em 2014 e posteriormente em 2019), Zika (em 2016) e COVID-19 (em 2020). Com isso, os países estruturam seus sistemas de Vigilância em Saúde para a doença em questão e o complexo médico-industrial e financeiro da saúde encontra uma oportunidade para mobilização para produção de tecnologias para diagnóstico, tratamento, recuperação e reabilitação.

O imperialismo utiliza-se de organismos internacionais para a realização do monopólio nas ações políticas e econômicas. É nessa arena que se constituem as ações de saúde pública como via única para materializar os avanços científicos para saúde humana. Todavia, é um processo que torna concreto a realização do biopoder através do controle disciplinar de corpos, que precisam ser dóceis, para a manutenção da ordem política, econômica e social. Esse processo aparente pelas políticas de saúde pública tem na essência a relação do imperialismo com a relação capital-trabalho, o que a historiadora Virgínia Fontes aponta como a incontrolável concentração de recursos sociais e a recriação permanente das expropriações sociais.

Retomamos a reflexão marxiana para integrá-la à análise do capital-imperialismo contemporâneo, procurando escapar do equívoco da dissociação entre o econômico e o social. É preciso sempre atentar que a autonomização de uma esfera econômica é a forma pela qual se obnubilam as relações sociais capitalistas. A extração de mais-valor, através do trabalho livre, é a própria forma social concreta da existência do capital; nela reside a relação social que sustenta todo o imenso edifício da concentração capitalista – a permanente produção de valor pelo trabalho, e sua recorrente subalternização através do suposto pagamento pelo trabalho, o que obscurece o sobretrabalho acaparado pelo capital sob a forma do mais-valor. Esta relação se oculta sob uma aparência puramente econômica, coisificada e quantificada abstratamente, fazendo com que as taxas de exploração sejam travestidas de lucratividade. Essa forma socialmente dominante, de fato, traduz a atividade do capital (ou a extração de mais-valor). Supõe a existência abstrata, de um lado, de trabalhadores e, de outro, de recursos sociais concentrados. (FONTES, 2010 p.21)

O capital-imperialismo contemporâneo como uma estrutura de biopoder, tem como método a alienação de sujeitos através do trabalho. A exploração do mais-valor é uma ação de dominação dos trabalhadores através da produção de relações sociais voltadas à manutenção da relação dominante-dominado que promove a concentração de capital e dispersão de problemas sociais. Para isso, é necessário analisar o processo de acumulação em uma escala de

desenvolvimento do capitalismo global. A acumulação por espoliação desenvolvida pelo geógrafo David Harvey é categoria que permite analisar a relação de dominação capitalista e seus efeitos na formação espacial de países subalternos, e com isso, a relação do (bio)poder com a deterioração da saúde humana como defende o presente trabalho.

As instituições financeiras internacionais têm papel preponderante na intervenção dos Estados na medida que amarram o desenvolvimento de políticas públicas. Os governos progressistas de países subalternizados tornam-se impossibilitados ou são cooptados para limitação de suas políticas ou qualquer tentativa de transformação da realidade instituída frente aos processos de acumulação por espoliação. Raul Zibech e Delcio Machado (2017) analisam de forma precisa como há limites para o progressismo e há uma impossibilidade de mudar o mundo de cima para baixo. Analisando os governos progressistas no Brasil, os autores concluem que:

As políticas sociais e monetarizadas e não universais do progressismo brasileiro beneficiaram o capitalismo ao incluir nesse setor milhões de pessoas que antes não tinham acesso ao crédito, o que tornou mais vulneráveis os mais pobres, mais dependentes e submetidos aos bancos. O que parece responder à necessidade do capitalismo brasileiro na sua fase de acumulação. (ZIBECH E MACHADO, 2017 p.123)

As negociações e barganhas realizadas no âmbito internacional tem como perspectiva a consolidação da hegemonia de países sobre os outros e a manutenção do sistema capitalista. Analisando essa perspectiva através da relação do Fundo Monetário Internacional (FMI) em países subalternos, David Harvey afirma:

A mistura de coerção e consentimento no âmbito dessas atividades de barganha varia consideravelmente, sendo contudo possível ver agora com mais clareza como a hegemonia é construída por meio de mecanismos financeiros de modo a beneficiar o hegemônico e ao mesmo tempo deixar os Estados subalternos na via supostamente régia do desenvolvimento capitalista. O cordão umbilical que une a acumulação por espoliação e reprodução expandida é o que lhe dão o capital financeiro e as instituições de crédito, como sempre com o apoio dos poderes do Estado. (HARVEY, 2004 p.126)

A análise da subalternidade no mundo contemporâneo associada ao colonialismo e ao imperialismo visa tratar a categoria do biopoder como uma construção do tempo histórico do capitalismo. Fornece subsídios analíticos para não cair na armadilha de considerar o Estado um ator isolado no controle de corpos em um determinado fragmento da realidade. As organizações financeiras internacionais como exemplo o Banco Mundial e o Fundo monetário

internacional (FMI) tendem a utilizar às organizações como à Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) para monopolização das políticas de saúde na América Latina. Lima (2002 p.97) observa que:

Historicamente a OPAS legitimou-se como organismo de cooperação internacional, a partir da criação de diversos fóruns, nos quais era possível o estabelecimento de uma agenda de saúde pública comum para os países latino-americanos, em que pesem controvérsias científicas e políticas.

A relação do colonialismo e do imperialismo com a Vigilância em Saúde não é construída através de uma concepção oriunda do “norte” para adaptação à realidade do “sul”. Existem aspectos críticos importantes para a análise da vigilância enquanto uma política de saúde pública, e também um instrumento e técnica para controle de corpos. Portanto, há aspectos importantes para construção de uma proposta alternativa para vigilância: a) iniquidades de raça, gênero e classe social; b) Estigmatização espacial das doenças; c) efeitos na saúde humana da acumulação por espoliação; e d) Hegemonia utilizando como ferramenta organismos internacionais.

3.4 Hegemonia e Vigilância em Saúde no Brasil

As ações de saúde pública significativas para a formação da concepção de Vigilância em Saúde na atualidade têm início nos primeiros anos do século XX. A sociedade brasileira passava de um modelo colonial escravocrata para iniciar a construção da república, com o desafio de enfrentar problemas sociais da época como exemplo as altas taxas de morbidade e mortalidades, surgindo na época de acordo com Waldman (2012, n.p.) “uma brilhante geração de sanitaristas, da qual se destacam, entre outros, Oswaldo Cruz (1872-1917), Carlos Chagas (1878-1934), Emílio Ribas (1862-1925) e Adolfo Lutz (1855-1940)”. Waldman destaca três períodos importantes para saúde pública brasileira:

A Saúde Pública brasileira, nos últimos 110 anos, passou por alguns momentos especialmente exitosos, dos quais cabe ressaltar três importantes períodos: o primeiro deles permeia o início do século XX; o segundo é um momento posterior, que transcorre durante a década de 1970; já o terceiro tem início no correr dos anos 80 do século passado e chega aos dias atuais. (WALDMAN, 2012 np)

O primeiro momento é marcado pela criação da Diretoria Geral de Saúde pública, em 1901 e pelo Instituto Soroterápico Federal criado em 1900, ambos com gerenciamento nesse período do médico sanitarista Oswaldo Cruz, para dar

respostas à epidemia da peste bubônica, da febre-amarela e a crise sanitária com o adensamento das cidades. Cabe destacar nesse contexto uma grande mobilização popular que teve motim com a obrigatoriedade da vacinação contra a varíola e a desapropriação dos habitantes de cortiços no centro da cidade do Rio de Janeiro.

A melhoria das condições sanitárias, entendida então como dependente basicamente do controle das endemias e do saneamento dos portos e do meio urbano, tornou-se uma efetiva política de Estado, embora essas ações estivessem bastante concentradas no eixo agrário-exportador e administrativo formado pelos estados do Rio de Janeiro e São Paulo (ALLONZI Et al., 2002 p.119).

O segundo período destacado por Waldman (2012) transcorre nos anos 70 durante o governo cívico-militar de base autoritária. As políticas de vigilância avançam, como a criação do Sistema de Vigilância Epidemiológica que estruturou os sistemas de informação em saúde a nível nacional.

No princípio da década de 1970, tivemos dois eventos relevantes: a certificação da erradicação da varíola em território nacional, anos antes de sua certificação global em 1980, sendo um dos mais memoráveis da Saúde no país; e a implantação do Programa Nacional de Imunizações (PNI), reconhecido como um dos mais bem sucedidos programas de vacinação em todo o mundo. (WALDMAN, 2012 n.p.)

A biopolítica na relação direta entre os avanços da vigilância com o período da ditadura militar precisa de um aprofundamento em outro trabalho, todavia o controle de corpos em governos autoritários é essência da ação concreta para manutenção da governabilidade. O poder do Estado materializa-se pelo uso da força (forças armadas) e vai além através da construção de aparelhos coercitivos no interior da organização estatal. Mesmo que a vigilância se apresente como uma proposta de países que não haviam realizado uma ruptura democrática latente como ocorre no Brasil e em outros países na América Latina, o fato é que se desenvolve durante o período da ditadura com o sucesso de ações como a erradicação da varíola. Por ironia, em um momento em que há uma iniciativa global para imunização de toda a população para conter o coronavírus em 2020 e 2021, o governo brasileiro eleito democraticamente, mas com raiz autoritária, articulado às forças armadas, tornou o plano nacional de imunização e o controle de uma doença um fracasso internacional.

O terceiro período assinalado por Waldman (2012) é o que vigora até o momento, tem início com a Reforma Sanitária Brasileira. Com o enfraquecimento

da ditadura e a iminência da constituição de um Estado democrático no Brasil, movimentos sociais, pesquisadores e trabalhadores da saúde pública, com apoio popular, realizam a histórica Oitava Conferência Nacional de Saúde o que muda os rumos do pensar a saúde pública no país. Sobre a Reforma Sanitária, segundo o médico Jairnilson Silva Paim (2008):

Seria possível definir a Reforma Sanitária Brasileira como uma *reforma social* centrada nos seguintes elementos constituintes: a) *democratização da saúde*, o que implica a elevação da consciência sanitária sobre saúde e seus determinantes e o reconhecimento do direito à saúde, inerente à cidadania, garantindo o acesso universal e igualitário ao Sistema Único de Saúde e participação social no estabelecimento de políticas e na gestão; b) *democratização do Estado* e seus aparelhos, respeitando o pacto federativo, assegurando a descentralização do processo decisório e o controle social, bem como fomentando a ética e a transparência nos governos; c) *democratização da sociedade* alcançando os espaços de organização econômica e da cultura, seja na produção e distribuição justa da riqueza e do saber, seja na adoção de uma “totalidade de mudanças”, em torno de um conjunto de políticas públicas e práticas de saúde, seja mediante uma reforma intelectual e moral (PAIM, 2008 p.173).

A Reforma Sanitária Brasileira é um processo que se constitui como “um conjunto de atos, em distintos momentos e espaços, que expressam práticas sociais - econômicas, políticas, ideológicas e simbólicas (PAIM, 2008 p.172). A atuação de movimentos populares para saúde pública não se finda com a promulgação da Lei 8080/90 que institui o Sistema Único de Saúde (SUS), organiza os serviços de saúde no país e trata da promoção, proteção e recuperação da saúde no país (BRASIL, 1990). O fortalecimento da saúde pública é um devir construído pelos diversos tensionamentos que expandem ou retraem a participação popular e a garantia universal, igualitária e gratuita das políticas de saúde pública.

A vigilância avança enquanto “eixo de um processo de reorientação do(s) modelo(s) assistencial(ais) do SUS” (TEIXEIRA, PAIM E VILASBÔAS 1998 p.9). Na estrutura do Estado destaca-se a criação da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) em 2003 no primeiro ano do Governo de Luís Inácio Lula da Silva. A construção da vigilância com base em uma Reforma Sanitária em construção tem como premissa romper com a estrutura hegemônica nas políticas de saúde pública, porém, cabe ressaltar que a vigilância não é uma proposta que busca romper com uma construção social historicamente e espacialmente situada. Ela visa a transformação do interior do Estado baseadas em concepções progressistas de saúde.

Comparando esta concepção de Vigilância da Saúde com os modelos assistenciais vigentes (médico-assistencial e sanitário, hegemônicos) constatam-se as diferenças com relação aos sujeitos, objetos, métodos e forma de organização dos processos de trabalho. Enquanto o modelo médico-assistencial privilegia o médico, tomando como objeto a doença, em sua expressão individualizada e utiliza como meios de trabalho os conhecimentos e tecnologias que permitem o diagnóstico e a terapêutica das diversas patologias, o modelo sanitário tem como sujeitos os sanitários, cujo trabalho toma por objeto os modos de transmissão e fatores de risco das diversas doenças em uma perspectiva epidemiológica, utilizando um conjunto de meios que copiem a tecnologia sanitária (educação em saúde, saneamento, controle de vetores, imunização, etc.) (TEIXEIRA, PAIM E VILASBÔAS, 1998 p.17)

O debate sobre os modelos assistenciais no Brasil realizado por Carmem Teixeira, Jairnilson Paim e Ana Luiza Vilasbôas trazem no conceito de hegemonia uma abertura importante. Para haver uma hegemonia é preciso observar o soberano. Na aparência registra-se dois movimentos de organização das ações e serviços de saúde pública. O que está na essência é um modelo médico assistencial privatista com método e estrutura correlata com a saúde privada e um modelo sanitário que materializa a ação do Estado para contenção de doenças em determinadas camadas populacionais subalternizadas.

Em síntese, a Vigilância da Saúde apresenta sete características básicas: a) Intervenção sobre problemas de saúde, (danos, riscos e/ ou determinantes); b) ênfase em problemas que requerem atenção e acompanhamento contínuos; c) Operacionalização do conceito de risco; d) Articulação entre ações promocionais, preventivas e curativas; e) Atuação intersetorial; f) Ações sobre o território; g) Intervenção sob a forma de operações. (TEIXEIRA, PAIM E VILASBÔAS, 1998 p.19)

A vigilância apregoada pelos autores é uma construção que se aproxima das ideias e concepções colocadas pela Reforma Sanitária sendo aprofundadas pela literatura científica. A grande contribuição também é verificada nos processos de formação de trabalhadores da saúde pública (GONDIM E MONKEN, 2017) que contribuíram para a construção das diretrizes e normas para formação do técnico de Vigilância em Saúde no Brasil em 2011 e que conduz a formação dos profissionais que atuam nas ações de vigilância.

Para atender a demanda de formação dos profissionais circunscritos às atividades de Vigilância em Saúde (ações de campo no controle de doenças e em epidemiologia) a Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde (MS), formulou Diretrizes e Normas de Orientação para a Formação dos Profissionais Técnicos de Vigilância em Saúde em 2011, como forma de orientar os planos de cursos da Rede de Escolas Técnicas do SUS (RET-SUS) (MULATINHO, GONDIM E BARROS, 2015 p.2)

O papel da formação de trabalhadores da saúde é uma ferramenta para desenvolvimento de concepções e práticas combinadas para estruturação de um modelo de Vigilância em Saúde. A proposta da Vigilância enquanto modelo assistencial contra-hegemônico indica de forma direta que a saúde pública é constituída por disputas de poder, ou que denominamos aqui baseado na literatura de Foucault, uma disputa por biopoder.

Assim, é pertinente considerar a questão do poder para analisar a viabilidade da implantação e expansão da vigilância da saúde nos estados e, especialmente, nos municípios. A reorganização das práticas de saúde representa uma possibilidade teórica e um dos possíveis históricos da reorientação de sistemas de saúde. Insere-se na "região" dos modelos assistenciais, entendidos como combinação de tecnologias acionadas para o enfrentamento de problemas (danos e riscos) e necessidades de saúde (incluídas as carências e problemas, mas, também, oportunidades e projetos de vida pessoal ou de classe dos sujeitos sociais). Seguramente, outros projetos estão em curso, competindo ou até mesmo dominando a vigilância da saúde que formulamos, implementamos, acreditamos ou apostamos. (TEIXEIRA, PAIM E VILASBÔAS, 1998 p.24)

A participação social é uma premissa importante da Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988). A participação da população é um instrumento de controle social na relação sociedade e Estado. Dos instrumentos de participação popular, destaco o papel das conferências temáticas convocadas por ministérios como importante espaço de diálogo, mas também de tensões entre os diferentes interesses da sociedade onde há espaço para o "lobby" empresarial de diferentes setores da economia. As conferências não são uma ação fora do Estado, são convocadas pelo governo para deliberação sobre os rumos da política do Estado, Pogrebinski e Santos (2011, p.272) afirma que a "democracia participativa e processos deliberativos não são contraditórios com a democracia representativa, mas são mecanismos de reforço do sistema político democrático em seu conjunto".

A realização da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde realizada no ano de 2018 foi resultado de um amplo debate entre setores da sociedade e trabalhadores da saúde pública, e "representou um espaço privilegiado e plural para a discussão dos rumos da Vigilância em Saúde na perspectiva da formulação de uma política de Estado" (GARCIA E DUARTE, 2018 n.p.). O contexto político e institucional em 2018 envolvia uma turbulência política com o início do Governo de Michel Temer após o impeachment da presidente Dilma Rousseff, o que levou a um ambiente de defesa do Sistema Único de Saúde (SUS) e do desmantelamento de políticas públicas. Os temas de discussão da conferência foram:

O tema central - “Vigilância em Saúde: Direito, Conquista e Defesa de um SUS Público de Qualidade” - orientou as discussões de 4 subeixos que possibilitaram os debates em torno das linhas gerais de uma política pública, tais como: “O lugar da Vigilância em Saúde no SUS”; “As Responsabilidades do Estado e dos governos com a Vigilância em Saúde”; “Os Saberes, Práticas, processos de trabalhos e tecnologias na Vigilância em Saúde” e “A Vigilância em Saúde participativa e democrática para enfrentamento das iniquidades sociais em saúde”, e permitiu um olhar para a Vigilância em Saúde como uma das estratégias para a construção de uma sociedade livre, justa e solidária, para garantir o desenvolvimento nacional, erradicar a pobreza e a marginalização, reduzir as desigualdades sociais e regionais e promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação. (CNS, 2018 p.6)

A realização da 1ª conferência nacional de Vigilância em Saúde ocorre 30 anos após a promulgação da Constituição Federal de 1988. O distanciamento com a mobilização popular que ocorria na década de 1980 pode ter influência no desconhecimento da sua realização pelo conjunto da sociedade. É necessário considerar também que 19 meses após a sua realização, a pandemia da COVID-19 chega ao país com intensas transformações nas ações de saúde e o surgimento de novos desafios para a participação social na Vigilância em Saúde.

3.5 Soberania e Vigilância em Saúde

A Vigilância em Saúde é um campo em disputa. Seria essa uma afirmação baseada na aparência dos fenômenos da biopolítica debatidos neste capítulo. Essa disputa faz abrir a cortina da verdadeira essência da biopolítica que envolve a Vigilância em Saúde. O que está em disputa é o domínio sobre o corpo, e a Vigilância em Saúde é apenas uma das ferramentas de controle realizado pelo Estado.

Em relação ao Estado, O filósofo italiano Norberto Bobbio (1987, p.94) “O Estado tem sido definido através de três elementos constitutivos: o povo, o território e a soberania (conceito jurídico por excelência, elaborado por legistas e universalmente aceito pelos escritores de direito público)”. Nesta forma jurídica de conceber o Estado que se situa a vigilância enquanto perspectiva de controle da população através de instrumentos normativos para domínio das condições de saúde do povo frente a processos de adoecimento que coloque em risco a organicidade do Estado.

Do ponto de vista de uma definição formal e instrumental, condição necessária e suficiente para que exista um Estado é que sobre um determinado território se tenha formado um poder em condição de tomar decisões e emanar os

comandos correspondentes, vinculatórios para todos aqueles que vivem naquele território e efetivamente cumpridos pela grande maioria dos destinatários na maior parte dos casos em que a obediência é requisitada. Sejam quais forem as decisões. (BOBBIO, 1987 p.95)

A crítica ao Estado perpassa pela compreensão dos limites do seu poder enquanto organização jurídica, e, por outro lado, no rompimento dos limites de poder pelo povo em uma democracia representativa. A soberania popular é um caminho para emancipação, sendo assim, a busca por soberania dos povos sobre os modos de viver e adoecer é um caminho para autoemancipação da condição humana que essa tese busca compreender.

A consolidação da democracia representativa, porém, não impediu o retorno à democracia direta, embora sob formas secundárias. Ao contrário, o ideal da democracia direta como a única verdadeira democracia jamais desapareceu, tendo sido mantido em vida por grupos políticos radicais, que sempre tenderam a considerar a democracia representativa não como uma inevitável adaptação do princípio da soberania popular às necessidades dos grandes Estados, mas como um condenável ou errôneo desvio da idéia originária do governo do povo, pelo povo e através do povo. (BOBBIO, 1987 p.153)

A noção de político de Marx diferencia-se do político enquanto sujeito eleito na democracia representativa. O ponto de vista marxiano aponta para a verdadeira realização da democracia com o fim da política, ou seja, o político é um conceito ontológico onde a superação do Estado é a mudança do tempo histórico “o político é uma parte constitutiva da experiência humana, ao passo que a experiência humana é também uma parte constitutiva do político, juntos, formam um todo que só pode ser compreendido com a indissociabilidade de suas partes” (POGREBINSCHI, 2009, p.21). Para a autora, “afasta-se da modernidade política instaurada com a figura do contrato social e de todas as demais construções jurídicas – como a soberania e a representação – que dele derivam e nele se alicerçam”. (POGREBINSCHI, 2009, p.220). A categoria do político que a autora busca na leitura da literatura escrita por Marx coloca-se como um instrumento analítico para compreender a possibilidade de uma soberania popular em linhas contra-hegemônicas sobre a realidade instituída.

Resgatar a essência do político em Marx e que esta investigação tem como ponto de partida a superação do Estado e da sociedade civil, isso significa que assumo que “o político” deve significar algo distinto da política. Com efeito, “a política” encontraria um fim com a revolução que pusesse abaixo o Estado moderno e seu modo de produção correspondente. (POGREBINSCHI, 2009, p. 220).

A abordagem da dissolução do Estado é uma análise baseada em Marx e não deve cometer o equivoco de comparação com devaneios liberais de Estado

mínimo. A dissolução ou desvanecimento é uma virada no tempo histórico presente. Esta explicação visa situar o devir na análise crítica das políticas públicas de saúde com foco na Vigilância em Saúde. A reforma sanitária brasileira foi um movimento da sociedade importante para uma legislação de saúde no sentido da proteção da condição humana. O Artigo 196 da constituição federal de 1988, que foi base para saúde pública brasileira, é um avanço substancial para acesso aos serviços de saúde disponíveis pelo Estado. O Sistema Único de Saúde (SUS) tem como premissa o acesso universal (corpo como valor de uso), onde qualquer pessoa, com documentação ou não, é atendida em uma unidade básica de saúde, e fazem parte de todas as políticas públicas de saúde. Evidente que uma legislação como essa provoca choques constantes entre a iniciativa privada (corpo como valor de troca) e movimentos sociais ligados à saúde pela manutenção, ampliação e fortalecimento do SUS.

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988)

No paradoxo da soberania de Giorgio Agamben, “o soberano está ao mesmo tempo, dentro e fora do ordenamento jurídico” (AGAMBEN, 2010, p.22). A análise do período histórico leva a reflexão que perdemos a humanidade do corpo, o transformando em máquina e dando-lhe um valor de troca, e que para reversão dessa questão, para fomentar uma revolução é preciso romper com a ordem vigente. “O estado de exceção não é, portanto, o caos que precede a ordem, mas a situação que resulta da sua suspensão” (AGAMBEN, 2010, p.24). O rompimento da ordem jurídica é necessário para avançar em pautas que vão além da saúde pública para podermos pensar em uma soberania popular.

A exceção que define a estrutura da soberania é, porém, ainda mais complexa. Aquilo que está fora vem aqui incluído não simplesmente através de uma interdição ou um internamento, mas suspendendo a validade do ordenamento, deixando, portanto, que ele se retire da exceção, a abandone. Não é a exceção que se subtrai à regra, mas a regra que, suspendendo-se, dá lugar à exceção e somente deste modo se constitui como regra, mantendo-se em relação com aquela. O particular “vigor” da lei consiste nessa capacidade de manter-se em relação com a exterioridade. (Agamben, 2010, p.25)

A defesa do Sistema Único de Saúde brasileiro por movimentos sociais é pertinente, existem avanços que extrapolam a questão do ordenamento jurídico e o atendimento universal e gratuito fazem parte deles. A exceção soberana “não se limita a distinguir o que está dentro e o que está fora, a situação normal

e o caos, mas traça entre eles um limiar (o estado de exceção)” (AGAMBEN, 2010, p.25). Desta forma, o movimento por soberania popular precisa delimitar sua ação para construir uma exceção ao poder vigente.

Thamy Pogrebinschi apresenta uma reflexão do debate teórico entre Hegel e Marx que explicita a crítica ao conceito de soberania popular onde a distinção feita por Hegel entre Soberania do monarca (defendida) e a soberania popular (noção confusa ou idéia selvagem) é rechaçada por Marx.

Marx, em resposta, não só desconstrói a noção de soberania do monarca, mas, em sua “defesa” da soberania popular, conjugada com sua percepção sobre a representação e o sufrágio, acaba por lhe extrapolar os limites, questionando a própria idéia de soberania e, a partir daí, desenvolvendo o conceito de autodeterminação, o qual contém um significado e um alcance muito mais amplos do que a mera noção de soberania popular (POGREBINSCHI, 2009 p.221).

Marx acredita que a soberania popular é uma noção que precisa ser substituída pela noção de autodeterminação. “O que faz a soberania popular não é o povo, mas o princípio representativo. O povo representado não se identifica com o povo real” (POGREBINSCHI, 2009 p.221). Nessa perspectiva que se coloca a crítica a participação social na Saúde Pública e a necessidade de se pensar uma autodeterminação que insurge na perspectiva das relações cotidianas.

4

Vigilância Popular em Saúde: Uma revisão teórica sobre o tema

A compreensão do mundo parte de um processo de abstração teórica das coisas materiais. A ideia que temos do mundo não é o mundo por si só. É uma representação da realidade. “A ideia é o que resulta da nossa relação intelectual com a realidade sensível, o real sensível traduzido como construção do intelecto através do conceito. Daí dizemos que é uma representação” (MOREIRA, 2010 p.106).

A ideia que temos da coisa (o real) é o resultado da síntese de dois campos distintos: o campo sensível e o campo intelectual. Uma formulação que está presente em todas as fases da filosofia. O campo sensível é o terreno dos sentidos (a visão, o tato, a audição etc.) e da percepção (as sensações reunidas numa única imagem em nossa mente). O campo intelectual é o terreno do pensamento e dos conceitos. Esses dois campos se interligam através de nossa prática (MOREIRA, 2010 p.106).

A ideia sobre a Vigilância Popular em Saúde apresenta-se como uma concepção teórica de acadêmicos que analisam os fenômenos materiais relacionados à resistência social frente ao adoecimento e as condições de vida. Emerge também como categoria da prática em que grupos subalternizados buscam organizar-se para ação de sobrevivência frente a ausência de políticas públicas de saúde e processos de precarização da vida no contexto econômico-social. Conforme o geógrafo Ruy Moreira, “através de nossas ações práticas, a ideia assim transformada em teoria retorna ao mundo externo para orientar nossas relações com o mundo, formando-se a práxis” (MOREIRA, 2010 p.106). A análise da Vigilância Popular em Saúde se dá no campo da práxis humana, como conceito para compreender a materialização desta práxis na realidade.

Muitas vezes afirmamos que o conceito “reapresenta” - e, por isso, já nasce como uma carga de novidade - ou, em outras palavras, justamente para torná-la compreensível, “condensa” ou sintetiza uma realidade. Porém, ao mesmo tempo que tenta expressar ou condensar um fenômeno, de alguma forma, ainda que implícita, justamente por nunca se confundir com um fenômeno ou problema, também ajuda a (re)criá-lo, a propô-lo sob novas bases. (HAESBAERT, 2014 p.26)

A tese não busca desenvolver um conceito como apenas um instrumento de pesquisa ou sobrevalorizar o papel do teórico na compreensão do mundo. É como se “a realidade fosse o domínio do “equivoco” e nossas teorias ou modelos

fossem a “verdade” ou, no seu extremo, até mesmo o (modelo) “justo” a ser buscado e implementado, confundindo assim o analítico e o normativo” (HAESBAERT, 2014 p.25).

O capítulo busca construir o estado da arte (do conhecimento) sobre a Vigilância Popular em Saúde. “Um estado do conhecimento não se restringe a identificar a produção, mas analisá-la, categorizá-la e revelar os múltiplos enfoques e perspectivas” (VOSGERAU E ROMANOWSKI 2014 p.172). A realização de uma revisão narrativa sobre a literatura científica tem finalidade de tornar visível uma temática que procura espaço na teoria social, sem delimitá-la ou torná-la um conceito acabado, sem perder o caráter crítico e propositivo da pesquisa. Para isso, as etapas da revisão narrativa para construir o estado da arte da Vigilância Popular em Saúde foram: coleta, seleção, catálogo e análise.

4.1 Procedimentos para revisão narrativa

A coleta dos dados foi realizada através de pesquisas em site de busca na internet e em bibliotecas virtuais. As bibliotecas físicas passaram boa parte do tempo da pesquisa fechadas por conta do isolamento social provocado pela pandemia da COVID-19. Porém, a pesquisa sobre o termo “Vigilância Popular em Saúde” mostrou-se enquanto tema recente na literatura científica, e com isso, a internet é um recurso fundamental para captar o termo em revistas científicas e em livros com versões digitais.

O questionamento principal para realização da revisão bibliográfica é “como a literatura científica está tratando a Vigilância Popular em Saúde?”. O itinerário definido através de pesquisas acadêmicas tem como fundamento compreender a trajetória teórica desta concepção e como ela dialoga com a realidade.

A princípio, para realização da coleta de dados, foram utilizados termos como “Vigilância Popular em Saúde” e “Vigilância Popular da Saúde”. Após a primeira rodada de busca, surgiram os termos “Vigilância Civil da Saúde”, “Vigilância Civil em Saúde”, “Vigilância Participativa em Saúde” e “Vigilância Participativa da saúde”. Além disso, foram analisadas as referências bibliográficas dos trabalhos coletados para identificar interfaces teóricas e uso do termo em trabalhos que não foram identificados na primeira etapa da coleta.

A pesquisa buscou coletar apenas trabalhos acadêmicos e relatórios científicos, não absorvendo textos jornalísticos. A plataforma de buscas utilizada foi o site Google e a Biblioteca Virtual de Saúde. Os critérios de exclusão foram: a) trabalhos acadêmicos que coloquem a Vigilância Popular em Saúde como objeto central da análise, não apenas citando sua existência. b) trabalhos que analisaram experiências que não promovem o protagonismo da organização popular, sendo realizados apenas por instituições de Estado. c) Trabalhos que não atenderam as categorias de análise. Foram excluídos desta revisão os trabalhos oriundos da presente tese, intitulados “*O espaço da/na Vigilância Popular em Saúde: construção teórica inicial*” (ARJONA, 2018) e “*A determinação socioespacial da saúde e a resistência social*” (ARJONA, 2019).

A revisão bibliográfica teve como resultado a seleção de 11 trabalhos que atenderam os critérios de seleção (Tabela 1). Evidente que não é uma amostragem numerosa, porém, se tratando de uma análise conceitual de uma concepção que seu primeiro trabalho data-se de 2013, há elementos para analisar o contexto atual da Vigilância Popular em Saúde na literatura científica. É notável a existência de 3 trabalhos publicados após 2020 na perspectiva da COVID-19, como um indicativo que a concepção de Vigilância Popular em Saúde é uma categoria que auxiliou a análise dos movimentos da sociedade no enfrentamento da crise sanitária, econômica e social.

Os trabalhos selecionados estão distribuídos em artigos científicos em sua maioria (6 trabalhos), dissertação de mestrado, relatório técnico, capítulos de livro (2 trabalhos) e resumo em congresso científico. Com isso, temos pesquisadores publicando e passando pela revisão de pares em revistas científicas, conselhos editoriais e bancas de pós-graduação. Referendando assim, a Vigilância Popular em Saúde como uma categoria científica para análise da realidade.

Tabela 1: Trabalhos selecionados na revisão bibliográfica

Título do documento	Citação
Comunicação, educação e Vigilância Popular em Saúde em tempos de COVID-19 – a experiência das comunidades de Niterói, RJ	Latgé, Araujo e Silva Junior (2020)
Iniciativas de organização comunitária e Covid-19: esboços para uma vigilância popular da saúde e do ambiente	Carneiro e Pessoa (2020)
Vigilância Popular em Saúde e Ambiente em áreas próximas de Complexos Siderúrgicos	Pacs, JnT e Fiocruz (2017)
Caderno de Orientações do Agente Popular de Saúde Vigilância Popular em Saúde potencializando os territórios no enfrentamento da Covid-19	Bonetti (2021)
Vigilância Popular em Saúde: Contribuições para repensar a participação social no SUS	Cunha et al. (2018)
Vulnerabilização e violações de direitos na Chapada do Apodi (CE): fortalecendo a Vigilância Popular em Saúde no enfrentamento ao agronegócio	Aguiar e Rigotto (2019)
Vigilância popular da saúde: cartografia dos riscos e vulnerabilidades socioambientais no contexto de implantação da mineração de urânio e fosfato no Ceará	Alves (2013)
Apontamentos críticos para o desenvolvimento da vigilância civil da saúde	Sevalho (2016)
Os impasses da pobreza absoluta: a experiência da Ouvidoria Coletiva na região da Leopoldina, Rio de Janeiro (RJ, Brasil)	Guimarães, et al. (2011)
Vigilância popular ambiental e siderurgia: as experiências de Piquiá de Baixo (MA) e Santa Cruz (RJ), Brasil	Carvalho, et al. (2021)
Proposta de Vigilância em Saúde participativa de base territorial em escolas de assentamentos rurais sob impacto da contaminação agroquímica	Moreno e Guimarães (2019)

Fonte: Autor

O tratamento dos dados ocorreu no programa de planilhas Excel. As linhas da planilha representam cada documento selecionado. As colunas foram divididas pelas categorias de análise escolhidas conforme as reflexões desenvolvidas no avanço da pesquisa e relacionadas a contribuição ao desenvolvimento do objeto da tese. Desta forma, os textos foram inseridos integralmente em cada célula correspondente ao trabalho e a categoria de análise.

As categorias de análise são: título, tipo do arquivo, concepção de Vigilância Popular em Saúde, localização da empiria, relação com o Estado, sujeitos da ação, os descritores da revisão e por fim as referências. Os objetivos de cada categoria são:

- a) Título: Identifica o documento em análise.
- b) Tipo do arquivo: indica qual forma de publicação do documento.
- c) Concepção de Vigilância Popular em Saúde: Fragmento do texto onde o autor buscou indicar a concepção do tema.
- d) Localização da empiria: local onde a experiência analisada ocorreu conforme indicado no texto.
- e) Relação com o Estado: Como a Vigilância Popular em Saúde se relaciona com o Estado, ou seja, em diálogo direto ou apresentando-se como alternativa.
- f) Sujeitos da ação: identifica o grupo social da experiência descrita no documento.
- g) Descritores da revisão: qual foi o descritor utilizado na pesquisa.
- h) Referência: Referência para catalogar o documento.

A revisão não buscou a totalidade de documentos disponíveis, mas sim, as principais fontes que trabalharam com a categoria Vigilância Popular em Saúde. Para tanto, os documentos analisados tiveram contribuições em todas as categorias aqui expostas e são um instrumento de auxílio às reflexões desta tese.

4.2 Uma concepção em construção

A construção de uma concepção acerca de um fenômeno da realidade é um processo de abstração teórica da materialidade. É um desafio não só dos teóricos, mas sim, é inerente à condição humana. É um processo cíclico de observação, delimitação, enquadramento e devolução, ou seja, observamos os fenômenos, delimitamos sua abrangência, enquadrados em uma matriz conceitual e devolvemos a realidade como uma categoria para ser observada novamente, mantendo o sistema. Desta forma, essa seção trata da construção teórica da concepção sobre o que é a Vigilância Popular em Saúde através do processo de abstração teórica da prática social.

O escopo da Vigilância Popular em Saúde tem um marco importante para análise desta revisão, a pandemia da COVID-19. Para Boaventura de Sousa Santos, “As organizações e os movimentos sociais mostraram uma enorme vitalidade e criatividade na proteção da vida das suas comunidades e bairros durante a pandemia (Santos, 2021 p.227). A organização popular para re-existência perpassa pela proteção da vida para sobrevivência em um sistema neoliberal que precariza a vida. O acúmulo da luta popular por grupos subalternos, ou como identifica Santos (2021 p.227) “muitas dessas organizações e movimentos estavam em luta antes da pandemia e reinventaram-se para responder às exigências do momento”.

Este pequeno preâmbulo sobre a COVID-19 parte de como algumas pesquisas compreenderam os movimentos da sociedade para vigilância popular com intuito de proteção de sua comunidade frente a uma ameaça global à saúde. Para Carneiro e Pessoa (2020 p.4), sobre efeitos em povos subalternos da pandemia “As tragédias aqui apenas esboçadas não têm sido ignoradas por organizações da sociedade civil, o que pode estar apontando para a configuração de um campo de práticas de uma vigilância popular da saúde e do ambiente. E desta forma, os autores compreendem a Vigilância Popular em Saúde como uma perspectiva da práxis e do protagonismo dos sujeitos a sua autodeterminação.

Essa reflexão sobre a conjuntura é um chamado, um convite, para passarmos a construir juntos essa vigilância popular da saúde e do ambiente – na perspectiva da práxis – desafiando as estruturas cartoriais e tecnocráticas da Vigilância em Saúde convencional e abrindo pontes para um diálogo construtivo e crítico de ampliação de práticas e ações para mitigar os impactos da Covid-19, com forte componente participativo e democrático, frente a um

desafio histórico que poderá marcar toda uma geração. Só poderemos fazer isso numa perspectiva solidária, crítica e emancipatória – e como atores e sujeitos de nossa própria história. (CARNEIRO E PESSOA, 2020 p.6)

A dimensão espacial é fundamental para o conhecimento geográfico. Carneiro e Pessoa (2020) tecem a reflexão com olhar para as ações realizadas por organizações e movimentos populares de favelas e em territórios de povos tradicionais. Em uma perspectiva ampla, sem focar em uma experiência, os autores debatem através das determinações gerais da sociedade que promovem injustiças e invisibilidades para estes sujeitos.

As determinações gerais da sociedade capitalista são observadas em experiências onde há um ator capitalizado de poder e capital que busca acumulação através da espoliação de recursos ambientais e com isso, emerge a resistência social realizada pela organização popular. Para Alves (2013 p.186) A Vigilância Popular da Saúde “consiste em olhar e intervir junto ao Estado vulnerabilizador, promovendo ações relacionais dialógicas que provoquem momentos cuja intenção é ter um potencial libertador da opressão ideológica da civilização do capital”. A construção do autor faz parte de uma reflexão crítica sobre um projeto de mineração no limite entre os municípios de Santa Quitéria e Itatira, no Estado do Ceará. Entretanto, é perceptível as múltiplas territorialidades da definição através das múltiplas escalas de poder, ou seja, do capital enquanto paradigma civilizatório, a sua materialidade espacial no projeto de mineração, O Estado e suas instituições, a organização popular e o corpo como expressão dessa multiterritorialidade.

Uma Vigilância Popular da Saúde ancorada no paradigma da Determinação Social do processo saúde-doença que se propõe a olhar e a intervir não apenas sobre as “causas das causas” ou sobre os “determinantes sociais”, mas sua determinação como condição sócio- histórica, potencializada pelas teorias culturais, de gênero, étnicas e da subjetividade (ALVES, 2013 p.188)

O trabalho de Aguiar e Rigotto (2019) sobre os danos do agronegócio na Chapada do Apodi, também no Estado do Ceará, compreende um processo de pesquisa que aprofunda na dimensão do adoecimento resultante da determinação social. As autoras trabalham com a Vigilância Popular em Saúde no enfrentamento da vulnerabilidade e violação de direitos a população com agravos crônicos decorrentes da exposição a agrotóxicos. A delimitação da Vigilância Popular em Saúde (VPS) para as autoras incorpora um caráter reivindicatório na perspectiva da apropriação do conhecimento (popular e

técnico-científico) para pressionar a realização de políticas públicas que realmente enfrentam as questões da comunidade.

É importante ressaltar que a VPS incorpora, como principais protagonistas na luta por saúde, os sujeitos territoriais. Entretanto, tanto nos espaços formais como nos informais do sistema de saúde, os diálogos de saberes entre esses sujeitos e os demais componentes do SUS, bem como os de outras esferas do poder público, são fundamentais para a garantia de direitos. Desta forma, para que a VPS seja um instrumento transformador nos locais de vida das pessoas, além do protagonismo dos sujeitos locais, é imprescindível que as reivindicações destes atores produzam respostas concretas das instituições, visando a resolução dos problemas.(AGUIAR E RIGOTTO, 2019 p.134).

No caminho teórico da Vigilância Popular em Saúde perpassa pelo trabalho do educador Victor Valla nas favelas da zona norte do Rio de Janeiro. Apesar do autor denominar “vigilância civil da saúde”, sua estrutura tem convergência com a Vigilância Popular em Saúde, como observado no trabalho do Gil Sevalho.

A vigilância civil da saúde foi delineada pelo educador Victor Vincent Valla em meados dos anos 1990 e, no correr da experiência, agregou processos como a construção compartilhada do conhecimento e a ouvidoria coletiva. Realizada com a população, alicerçada na cultura local e na educação popular de Paulo Freire, a vigilância civil pode representar a vertente da Vigilância em Saúde que corporifique a participação popular e contribua para a transformação social, complementando a tradicional vigilância epidemiológica. (SEVALHO, 2016 p.612)

O posicionamento de Victor Valla era, assim como os outros autores desta revisão, a conjunção de saberes científicos com populares para realização da ação. Nota-se uma premissa fundamental para a Vigilância Popular em Saúde a articulação entre saberes, ou seja, a quebra de hegemonia entre um saber técnico-científico para conjugar com os saberes da experiência humana do cotidiano, como se observa em Sevalho (2016, p.620) “A partir da experiência da população, unem-se os saberes dos técnicos e profissionais aos saberes populares e problematiza-se à luz das condições de vida e do conflito social”.

A experiência realizada na região da Leopoldina, onde abriga os complexos de Maré, Manguinhos e Alemão, buscou materializar a concepção de vigilância civil da saúde através das ouvidorias populares.

Insere-se no âmbito da pesquisa Vigilância Civil da Saúde na Atenção Básica: uma proposta de Ouvidoria Coletiva na AP 3.1, Rio de Janeiro, desenvolvida na Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fiocruz. A metodologia da Ouvidoria Coletiva permitiu organizar, de modo sistemático, a escuta e favoreceu o reconhecimento do saber local, construído a partir das experiências de vida das pessoas que lidam com o sofrimento, a doença e

seus determinantes nas condições de vida da população mais pobre. (GUIMARÃES, et al., 2011 p.292)

A pesquisa de Guimarães et al. (2011) aprofunda a relação da saúde urbana e a organização popular através da ouvidoria coletiva. É preciso considerar que o “urbano não é um local, espaço ou objeto preestabelecido; sua demarcação como zona do pensamento, representação, imaginação ou ação só pode se produzir através de um processo de abstração teórica” (BRENNER, 2013 p.52). Nessa perspectiva, o urbano ou o rural não estão aqui analisados em sua materialidade fisicalista através das formas da paisagem, enquanto conceito do mundo visível. Observa-se como a Vigilância Popular em Saúde se estrutura na literatura científica como prática de grupos subalternizados frente a precarização da vida em seu cotidiano.

Aportamos em uma distinção necessária entre o termo Civil e o termo Popular. É preciso considerar que as pesquisas tratam da mesma coisa quando abordam uma Vigilância Popular em Saúde e uma Vigilância Civil da Saúde, ou seja, abordam o protagonismo popular nas ações de vigilância para proteção da saúde de coletividades. Essa relação é nítida no trabalho de Latgé, Araujo e Silva Junior (2020 p.125) sobre Jovens Comunicadores de comunidades de Niterói/RJ propõem “uma vigilância civil da saúde, referenciado pelo educador Victor Vincent Valla em meados dos anos 1990 e, no correr da experiência, agregou processos como a construção compartilhada do conhecimento e a ouvidoria coletiva”. Todavia, ao longo do texto os autores abordam a construção de um processo de educação, comunicação e Vigilância Popular em Saúde.

O que podemos considerar como construção semântica das palavras civil e popular é que o termo civil está relacionado ao cidadão e a cidadania na perspectiva da formalidade do Estado. E o popular é termo relacionado à ideia de povo ou de algo que vem do e para o povo, em uma perspectiva de classe social menos abastadas. Enquanto o primeiro é delimitado pela institucionalidade do Estado, o segundo é referendado como um recorte de classe social. Com isso, a ressalva ao termo civil é ao seu caráter excludente, voltado aos que são legitimados pelo Estado enquanto cidadãos. Os trabalhos que citam a Vigilância Civil da Saúde não comungam com esse processo de exclusão, entretanto, o surgimento do termo Vigilância Popular em Saúde emerge com grande influência de experiências de áreas rurais, com povos invisibilizados e não reconhecidos pelo Estado.

As contribuições das instituições de pesquisa através de programas de extensão e formação interagindo a pesquisa com a sociedade são significativas para a construção da Vigilância Popular em Saúde. Estruturam-se de forma direta, construindo processos de integração do conhecimento popular com a pesquisa científica. Cunha et al. (2018 p.99) Consideram duas dimensões na concepção da Vigilância Popular em Saúde, “as estratégias para incorporar a experiência e conhecimento popular, considerando nossas experiências com pesquisa participante e pesquisa-ação, e a ressignificação da participação no âmbito do SUS”.

O que estamos assumindo aqui é que, a despeito do compromisso e esforço dos profissionais de saúde, o acompanhamento da situação de saúde no território, considerando toda sua dinamicidade, demanda um monitoramento regular e sistemático, que seja alimentado pelas redes de conhecimento e ação dos agentes sociais locais. Estes são lideranças e mediadores, bem como organizações que ali atuam. Essa é a ideia central que se encontra em nossa proposição de uma rede de Vigilância Popular em Saúde no território. (CUNHA, et al., 2018 p.99)

Em um processo similar de construção teórica por instituições de ensino e pesquisa para realidades é observado no campo da relação direta com os processos de formação. O material pedagógico do Curso de Formação de Agentes Populares de Saúde: Vigilância Popular em Saúde potencializando os territórios no enfrentamento da Covid-19 é um importante exemplo de construção entre institutos de pesquisa e a sociedade. Para este material, é preciso fortalecer “a Vigilância em Saúde e sua dimensão compartilhada, integrada, participativa e de base territorial, que é a Vigilância Popular em Saúde” (BONETTI, 2021 p.11).

Compreendemos a Vigilância Popular em Saúde como um processo democrático e participativo, uma interlocução, uma ação comunicativa e pedagógica de promoção da saúde. Promover uma ação de Vigilância Popular em Saúde é uma conversa contínua, uma política pública popular organizada e produzida a partir do diálogo, da fala e da escuta, incorporando saberes e produzindo informação para ação forjada no território de referência, bem como traçando os caminhos a serem percorridos em processos contínuos de formação-ação. (BONETTI, 2021 p.12)

Os trabalhos analisados demonstram haver dois caminhos para construção da concepção de Vigilância Popular em Saúde. Um primeiro caminho inicia-se na prática cotidiana para ser analisado e retorna para prática cotidiana em um movimento caracterizado como: [Realidade - Teoria - Realidade]. Um segundo caminho tem como ponto inicial a construção de uma proposta teórica, como prévia para experimentação na realidade e retorna para análise teórica, como

um modelo: [Teoria - Realidade - Teoria]. Estes movimentos são importantes para compreender a realização da ação política no processo de organização popular ou provocada por atores externos ao cotidiano da ação. Consiste em uma distinção analítica necessária entre a organização da vida cotidiana e as oriundas de instituições de pesquisas, no reconhecimento de quais são os sujeitos da ação.

A organização popular para vigilância da saúde humana busca o protagonismo do povo na realização da ação coletiva. As concepções da Vigilância Popular em Saúde na medida que deslocam a ação para os sujeitos da vida cotidiana estão tornando-os autônomos frentes aos processos de adoecimento e precarização da vida. A participação emerge como categoria possível na construção de uma vigilância participativa. Entretanto, há dois sentidos. Um sentido clássico onde os sujeitos participam de políticas públicas planejadas pelas instituições do Estado, e um com base popular, onde os sujeitos planejam e executam a ação coletiva para seu próprio grupo social.

A vigilância participativa construída para potencializar a ação coletiva através de experiências de pesquisa-ação, ou seja, onde pesquisadores de instituições de ensino e pesquisa buscam analisar propostas de ação para sua efetividade, como já citado movimento [Teoria - Realidade - Teoria]. Como podemos observar em Moreno e Guimarães (2019) ao analisar o programa saúde nas escolas como a associação entre o setor saúde e educação ao promover a formação “visando a promoção da saúde e prevenção a riscos e agravos à saúde da comunidade, numa perspectiva que denominamos “Vigilância em Saúde participativa de base territorial”. Os autores trabalham com o Movimento dos Trabalhadores Rurais sem Terra no contexto de “escolas de assentamentos rurais que fazem parte do nosso estudo estão localizadas no Pontal do Paranapanema, região paulista de conflitos agrários” (MORENO E GUIMARÃES, 2019).

O avanço das técnicas científicas são preponderantes para a construção da Vigilância Popular em Saúde. A troca de saberes não parte apenas de uma conversa ou diálogo entre atores, envolve também questões complexas relacionadas à troca de tecnologias de vigilância e monitoramento. Para isso, a perspectiva de comunhão entre o Instituto de Políticas Alternativas para o Cone Sul (Pacs), a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e a Rede Justiça nos Trilhos (JnT), em articulação com coletivos de moradores possibilitou uma ação de

monitoramento ambiental articulada aos problemas de saúde oriundos de complexos siderúrgicos (PACS, Fiocruz e JnT, 2017).

A noção de vigilância popular aqui destacada se inspira em princípios e práticas de pesquisa participativa adotadas no campo da saúde coletiva, tais como: pesquisa-ação epidemiologia popular e pesquisa participativa de base comunitária. Essas abordagens ressaltam o protagonismo dos sujeitos em situação de vulnerabilidade (ou vulnerabilizados pela poluição industrial imposta) na identificação e compreensão das causas e conseqüências dos problemas que os afligem, com o intuito de, conforme suas demandas, propor soluções capazes de transformar as realidades em que se encontram. Portanto, além de garantir um contraponto às informações oficiais (geradas pelas empresas poluidoras ou pelas agências de fiscalização competentes), a importância do estabelecimento de parcerias entre comunidades em situações de injustiça ambiental e pesquisadores acadêmicos consiste em promover a produção contextualizada de conhecimentos sobre os riscos e impactos ambientais, ação importante para visibilizar e apoiar as lutas para superar as desigualdades ambientais em questão (CARVALHO, et al., 2021 p.3636).

O surgimento de empreendimentos e as injustiças ambientais e sanitárias como os identificados nesta revisão bibliográfica demonstram os desafios e as estratégias para confrontar o poder hegemônico. O domínio da técnica como prática de resistência de grupos subalternos, como a socióloga Ana Clara Torres Ribeiro irá apontar que “trata-se do poder da técnica e da nova técnica do poder, ou seja, da natureza do sistema de ação que valoriza a ação sistêmica, associada ao teor competitivo das relações societárias”. (RIBEIRO, 2000 p.19). A contribuição das instituições para a ação popular é na transferência de tecnologias e auxílio ao acesso a essas técnicas para que os sujeitos busquem sua autonomia frente aos processos de adoecimento. Para Ribeiro “Existem obstáculos para a ação alternativa que se tornam nítidos quando é observada a acessibilidade as novos recursos técnicos” (RIBEIRO, 2000 p.19).

4.3 A relação com o Estado

A análise do desenvolvimento da concepção de Vigilância Popular em Saúde através da literatura científica desta revisão narrativa fornece elementos para delimitar o tema em questão para realização de uma proposta emancipatória. Os caminhos utilizados para examinar os textos apontaram a importância da investigação científica na construção teórica acerca da ação popular na vigilância. O processo de pesquisa com base na [Realidade - Teoria - Realidade] e [Teoria - Realidade - Teoria] apontam os sentidos do poder na produção de conhecimento. O que está tese propõe é [Teoria - Teoria/Realidade

- Teoria], ou seja, parte de uma perspectiva teórica, observa na teoria a realidade e constrói um caminho teórico e prático como contribuição ao conhecimento atual sobre a Vigilância Popular em Saúde.

O preâmbulo desta seção no primeiro parágrafo busca situar o prosseguimento da análise da revisão narrativa. A seção anterior aponta as concepções da Vigilância Popular em Saúde através dos documentos analisados, e agora é crucial entender a realização das ações e da política. A prática política dos grupos subalternizados e das instituições que os apoiam faz emergir os sentidos da ação dos sujeitos que buscam autonomia sobre seus corpos através da vigilância. A relação com o Estado é preponderante para definição do escopo das ações na integração de tecnologias, na substituição das ações estatais ou na reivindicação de políticas públicas mais eficazes nos problemas locais.

A problemática da relação Estado e sociedade através das ações coletivas para vigilância é colocada por Carneiro e Pessoa (2020, p.5) que “a vigilância popular da saúde não visa substituir o papel do Estado, mas ser a expressão da necessidade de uma maior participação da comunidade na vigilância”. Os autores de forma simples e direta apontam o cerne da questão. Os trabalhos analisados colocam a vigilância popular como uma ação que pressiona o funcionamento do Estado em espaços onde as políticas estatais aprofundam a precariedade da vida. Cunha et al. (2019, p.100) colocam que “uma rede de Vigilância Popular em Saúde tem, como centralidade, seu caráter instituinte. É, portanto, autônoma em relação às instituições de Estado, mas imprescindível para pautar suas políticas”. Há momentos de conquistas e de retrocessos onde a sociedade consegue pautar políticas públicas como é o caso da Reforma Sanitária no período da redemocratização pós-ditadura e em outros momentos têm direitos adquiridos sendo violados com a permissividade do aparelho Estatal.

Ao lado da sociedade, da cultura, e da economia há um Estado brasileiro que precisa ser decifrado no “caminho da democracia política e social”. Este Estado que passa a ter a saúde como dever, necessita ser investigado na sua estrutura de poder. Entre o Estado que *não foi* e o Estado que *fosse*, deve haver um Estado que *é*: capitalista, autoritário, privatizado e patrimonialista. Este Estado realmente existente foi aquele do qual o *projeto* da Reforma Sanitária teve a oportunidade de se aproximar em um momento de crise de hegemonia, presente na transição democrática, ainda que resultante de um “pacto pelo alto”. (PAIM, 2008 p.66)

A Reforma Sanitária Brasileira é o embrião para organização popular para saúde. Ela evidencia e os trabalhos da revisão confirmam, a separação da sociedade com o Estado é o ponto que faz emergir a necessidade da construção de ações coletivas para r-existência. A crítica de Marx ilustra as contradições encontrados nos documentos analisados;

Há duas linhas argumentativas paralelas e não excludentes que orientam a crítica de Marx ao Estado moderno. A primeira vincula a formação do Estado moderno à evolução histórica da propriedade privada. Ao passo que a institucionalização da propriedade corresponde a um determinado modo de produção e a uma determinada divisão do trabalho, o Estado moderno apresenta-se como um ente político erigido a fim de servir-lhes de proteção e garantia. Essa forma peculiar de existência do Estado moderno explicaria sua separação da sociedade civil. A segunda linha argumentativa identifica a gênese do Estado moderno na Revolução Francesa, uma vez que esse momento histórico da chamada emancipação política implica a cisão definitiva da vida em duas esferas, uma política e outra não política. A tensão entre o Estado político e a sociedade civil é o que caracteriza a modernidade, de modo que o Estado moderno é definido por Marx como um Estado “político”, “separado” e “abstrato” (POGREBINSCHI, 2009 p.38).

O que há em comum entre a exposição a agrotóxicos capitaneada pelo agronegócio na Chapada do Apodi (CE), a poluição ambiental da atividade siderúrgica em Santa Cruz (RJ) e Piquiá de Baixo (MA) e os efeitos da mineração na saúde humana em Santa Quitéria e Itatira (CE) é garantia da propriedade privada e a toda forma de acumulação que o capital pode extrair dela, em detrimento do bem comum, do direito à saúde e da proteção da vida.

O estudo aprofundado e interdisciplinar dos processos produtivos e de trabalho, impostos pelo modelo produtivo do agronegócio na região da Chapada do Apodi (CE), e da constatação de que os aparelhos estatais estão presentes para garantir as infraestruturas, bem como os incentivos fiscais e tributários, necessários à atração e ao adequado funcionamento das empresas na região, mas, por outro lado, eles se encontram completamente ausentes, ou fragilizados, quando é preciso efetivar políticas públicas voltadas para garantir a adequada convivência com o semiárido, tais como o incentivo à agricultura familiar camponesa de base agroecológica, assim como os direitos sociais conquistados nas últimas décadas, tais como a saúde e a educação públicas e de qualidade. (AGUIAR E RIGOTTO, 2019 p.118)

A contradição entre a propriedade privada e o Estado capitalista no qual o geógrafo David Harvey (2016) irá colocar entre as contradições fundamentais, que para o autor “a balança da contradição entre, de um lado, os interesses privados e as liberdades individuais e, de outro, o poder estatal pendeu decisivamente para os centros antidemocráticos, autocráticos e despóticos do aparelho estatal” (HARVEY, 2016 p.56). Para além de esperar que o Estado mude o peso da balança para a proteção social do bem público através da

política institucionalizada (e carregada de enormes contradições), grupos subalternos buscam na Vigilância Popular em Saúde uma estratégia de tensionamento e sobretudo, de r-existência, com o Estado.

Constatando que o Estado se mostra incapaz de confrontar o modo de produção gerador de riscos e danos e que, na verdade, é co-responsável neste processo, não sendo mais estratégico esperar que cumpra seu papel de protetor do interesse coletivo, realizar o enfrentamento deste modelo de produção, antecipando e visibilizando os impactos, a partir do exercício de direitos e do tensionamento do Estado quanto à sua função, na perspectiva do que denominamos Vigilância Popular da Saúde. (ALVES, 2013 p.64)

O Estado desenvolve mecanismos para o governo de seu território, seja na perspectiva das garantias constitucionais da população ou na manutenção dos direitos à propriedade privada. O zoneamento do uso do solo e a legislação ambiental são exemplos da intervenção do Estado na propriedade privada. Todavia, Harvey (2016) aponta outra contradição fundamental que é a apropriação privada e a riqueza comum. Em uma economia, sobretudo a brasileira, é baseada na espoliação dos bens comuns sejam eles naturais, saberes ancestrais e tradicionais, do trabalho humano e da renda da terra.

A espoliação direta do valor que o trabalho social produz no local de produção é apenas um fio (embora essencial) da trama de espoliação que nutre e sustenta a apropriação e a acumulação de grande parcela da riqueza comum por “pessoas” privadas (ou seja, entidades legais, inclusive corporações) (HARVEY, 2016 p.60).

As experiências da Vigilância Popular em Saúde emergem nos espaços onde observamos uma atividade que está diretamente relacionada ao adoecimento da população local, alterando toda realidade cotidiana com objetivo único da maximização do valor de troca do produto. A poluição do ar, das águas, do solo compõe os efeitos mais nocivos à saúde humana, entretanto não são suficientes para intervenção do Estado nas atividades poluidoras.

A unidade contraditória entre Estado e propriedade privada que constitui a terceira contradição fundamental do capital é significativa *não* como ferramenta fundamental para facilitar a acumulação por espoliação, mas como uma legitimação *post facto* e uma racionalização institucional dos resultados da violência da espoliação. Uma vez que a terra, o trabalho e o dinheiro foram coisificados, pulverizados e arrancados de seu enraizamento nos fluxos mais amplos da vida cultural e da matéria viva, eles puderam ser reunificados sob a proteção dos direitos e das leis constitucionais, baseados nos princípios do direito individual à propriedade privada garantidos pelo Estado (HARVEY, 2016 p.63).

A Vigilância Popular em Saúde como ação que se contrapõe a uma política de Estado busca características de monitoramento permanente realizado pela

organização popular. Há um contraponto ao Estado moderno materializado nos instrumentos de governamentalidade em sua lógica neoliberal, como a já citada permissibilidade com modos de acumulação de capital nocivos à saúde da população em que governa. Há também um importante contraponto a ser mencionado com as políticas de Vigilância em Saúde do Estado, onde a crítica ao funcionamento torna a ação popular na saúde uma proposição de “baixo para cima”. É nesse segundo contraponto que os próximos parágrafos terão atenção.

As experiências analisadas ao se relacionar com a estrutura da Vigilância em Saúde do Estado absorvem de suas ações um caráter emergencial, como se observa no trabalho de Carvalho et al. (2021) no acompanhamento da qualidade do ar oriundo de atividade siderúrgica. E também é realizado de forma constante por um grupo social na proteção da vida frente às enfermidades oriundas dos modos de viver nos espaços de grupos subalternos, como na experiência da ouvidoria coletiva observada em Guimarães, et al. (2011). Os autores ao delimitar o sentido da ação popular afirmam que “amplia a visão tradicional de vigilância à saúde, o que se torna relevante diante do adoecimento e sofrimento crescente da população e das dificuldades de acesso e resolutividade dos serviços públicos de saúde”. Guimarães et al., 2011 p.293). O texto de Gil Sevalho (2016) sobre a Vigilância Civil da Saúde aprofunda essa relação afirmando que:

A Vigilância em Saúde, estruturada como vigilância epidemiológica, é vigilância de Estado, controle social exercido sobre a população. Vinculada à segurança de Estado, assume postura prescritiva e autoritária, ligando sua fundamentação teórica e operacional a termos de inspiração militar contextualizados na “guerra” contra os agentes microbianos. Nesse contexto, o critério de urgência impõe a necessidade de resposta imediata. Prescrevem-se e executam-se ações autoritárias, verticais e indiscutíveis porquanto absolutamente prioritárias para a defesa da sociedade diante do risco de epidemias e abalo da ordem social. (SEVALHO, 2016 p.624)

A apropriação das ações do Estado não é a realização de uma cópia realizada por sujeitos não institucionalizados como servidores públicos. A apropriação como demonstram os trabalhos analisados se dá na perspectiva da complementação das ações ineficientes do Estado. Quando um grupo social monitora uma determinada situação de saúde é um indicativo que o grupo é invisibilizado ou as lacunas nas políticas públicas são minimizadas pela ação estatal. A subnotificação de doenças, a descontinuidade de ações de monitoramento, a permanência de ações ineficazes, precariedade do trabalho na saúde, entre outras questões, são indicativos da necessidade da Vigilância

Popular em Saúde enquanto ação pressiona o desenvolvimento da Vigilância de Estado.

Os programas de saúde pública no Brasil são avançados na perspectiva da garantia ao direito à saúde. O Sistema Único de Saúde (SUS) que abrange todas as políticas de saúde pública no país, incluindo a Vigilância em Saúde, é responsável pelos grandes avanços na saúde pública. Isso demonstra que além da crítica, há uma homenagem. Quando os grupos subalternos buscam apropriar-se de uma lógica Estatal ratificam a validade das práticas e ações para proteção da vida humana. Como exemplo da inspiração direta, o trabalho de Moreno e Guimarães (2019) coloca que:

É por isso que uma das discussões centrais do texto é da promoção da saúde, tendo por referência a criação de uma proposta que busca a conscientização tendo importantes documentos que foram elaborados pelo Estado Brasileiro, como a Política Nacional de Promoção da Saúde, como base teórica enquanto estratégia de articulação transversal que objetifica a identificação de iniquidades que colocam a saúde da população em risco. (MORENO E GUIMARÃES, 2019)

4.4 As práticas da organização popular

As experiências desta revisão apontam para uma diversidade de práticas e ações para compreensão da construção de um pensamento que denominamos Vigilância Popular em Saúde. Como o uso do termo foi um critério para seleção dos trabalhos, não analisamos as diversas experiências de grupos subalternos para proteção da vida e que não denominam como Vigilância Popular, entretanto, o debate contido nos textos pode potencializar essas ações. Também há de considerar que a análise por conta da delimitação do seu objeto de estudo não abrange a dinâmica do cuidado individual,

As categorias fundamentais para compreender as ações vinculam-se a um movimento para romper com assimetrias de poder, cultural e de conhecimento. O que Boaventura Souza Santos denomina como co-presença radical, aponta para as “práticas e agentes de ambos os lados da linha são contemporâneos em termos igualitários. Implica conceber simultaneidade como contemporaneidade, o que requer abandonar a concepção linear de tempo” (SANTOS, 2007 p.85)

Dado que nenhuma forma de conhecimento pode responder por todas as intervenções possíveis no mundo, todas as formas de conhecimento são, de diferentes maneiras, incompletas. A incompletude não pode ser erradicada,

porque qualquer descrição completa das variedades de saber não incluiria a forma de saber responsável pela própria descrição. Não há conhecimento que não seja conhecido por alguém para certos objetivos. Todos os conhecimentos sustentam práticas e constituem sujeitos. Todos os conhecimentos são testemunhais porque aquilo que conhecem sobre o real (sua dimensão ativa) é sempre duplicado por aquilo que dão a conhecer sobre o sujeito do conhecimento (sua dimensão subjetiva). Ao questionar a distinção sujeito/objeto, as ciências da complexidade dão conta desse fenômeno mas o confinam às práticas científicas. A ecologia de saberes expande o caráter testemunhal dos conhecimentos de modo a abarcar igualmente as relações entre o conhecimento científico e o não-científico, ampliando assim o alcance da intersubjetividade como interconhecimento e vice-versa. (SANTOS, 2007 p.88)

Os conhecimentos articulados não se restringem ao científico e popular como uma dualidade. A multiplicidade dos saberes compreendem os múltiplos saberes científicos e múltiplos saberes populares, ou seja, das diversas linhas, vertentes e campos científicos que produzem o conhecimento humano em um limitante e excludente tecnicismo-acadêmico de instituições de ensino e pesquisa. E também dos saberes ancestrais, tradicionais, espirituais, rituais e apropriados, dos diversos povos subalternos como os periféricos, favelados, originários, quilombolas, indígenas, entre outros. Esses saberes articulados na constituição de ações são evidenciados na experiência do “Curso de Formação de Agentes Populares de Saúde: Vigilância Popular em Saúde potencializando os territórios no enfrentamento da Covid-19”.

Promover uma ação de Vigilância Popular em Saúde é uma conversa contínua, uma política pública popular organizada e produzida a partir do diálogo, da fala e da escuta, incorporando saberes e produzindo informação para ação forjada no território de referência, bem como traçando os caminhos a serem percorridos em processos contínuos de formação-ação. É a articulação entre os saberes existentes nos territórios e os saberes técnicos da saúde que delineará o caminho de uma ação coletiva que seja efetiva e traga impacto, especialmente por ser mais identificada com as estruturas e culturas dos territórios, e por considerar em sua interação os diferentes modos de organização, o jeito de levar a vida de seus moradores. (BONETTI, 2021 p.12)

Os trabalhos analisados têm como influência a concepção de Boaventura de Souza Santos sobre “ecologia de saberes”, como observado no trabalho de Cunha et al. (2018) “de forma sintética é definida como prática de articular as diversidades como forma de contraposição às lógicas das monoculturas produtoras de não-existências pela epistemologia e pela racionalidade hegemônica” (CUNHA et al., 2018 p.101).

A ecologia de saberes é basicamente uma contra-epistemologia. O impulso básico para o seu avanço resulta de dois fatores. O primeiro consiste nas novas emergências políticas de povos do outro lado da linha como parceiros da resistência ao capitalismo global: globalização contra-hegemônica. Em termos

geopolíticos, trata-se de sociedades periféricas do sistema-mundo moderno onde a crença na ciência moderna é mais tênue, onde é mais visível a vinculação da ciência moderna aos desígnios da dominação colonial e imperial, onde conhecimentos não-científicos e não-ocidentais prevalecem nas práticas cotidianas das populações. O segundo fator é uma proliferação sem precedentes de alternativas, as quais porém não podem ser agrupadas sob a alçada de uma única alternativa global, visto que globalização contra-hegemônica se destaca pela ausência de uma alternativa no singular. A ecologia de saberes procura dar consistência epistemológica ao pensamento pluralista e propositivo. (SANTOS, 2007 p.86)

A perspectiva de um pensamento plural e propositivo e uma nova epistemologia baseia-se na crítica ao instituído como pensamento hegemônico. O debate realizado no capítulo 3 coloca a Vigilância, em sua perspectiva hegemônica, com avanços científicos importantes e desenvolvimento vinculado à participação social nas políticas de saúde pública. Entretanto, como todo pensamento moderno ocidental, seja materializado na forma de uma epistemologia ou na estruturação da ação do Estado, é um reflexo das determinações gerais da sociedade capitalista. A concepção contra-hegemônica da Vigilância Popular em Saúde que os trabalhos analisados e principalmente pela organização popular como objeto destes trabalhos, apontam para uma trajetória emancipatória para povos subalternos na realização de ações coletivas para vigilância da saúde.

O diálogo entre saberes possibilita a organização da ação popular voltada para realidade cotidiana. É no cotidiano onde a simultaneidade das práticas se realiza, sejam elas de cunho técnico-científico ou com base no conhecimento popular. Essa relação é assimétrica, como relações sociais realizadas no capitalismo enquanto sistema social hegemônico. Para Carlos (2020 p.21), “o cotidiano é estruturado pela imposição do valor de troca que pesa sobre a vida e delimita as formas de apropriação sobre as quais esta repousa”. Nessa perspectiva, as experiências analisadas tornam-se insurgências frente a processos de acumulação de capital que causam o adoecimento humano e produzem as relações cotidianas.

Para prosseguir na análise dos dados da revisão é preciso dissociar as ações de Vigilância Popular em Saúde para fins analíticos, compreendendo que na realidade as questões são simultâneas e por vezes indissociáveis. Dois processos da organização popular são característicos nas experiências: as ações que surgem pela emergência do grupo social e as ações construídas frente a precariedade da vida de grupos subalternos.

4.4.1 Emergências em saúde

As emergências em saúde são questões do adoecimento relacionadas a um determinado tempo e espaço, e apresentam-se como uma possibilidade de controle da situação. Não estão relacionadas ao conceito de doenças emergentes vinculadas ao surgimento das doenças infecciosas resultantes da interação do Homem e natureza. Também não estão relacionadas ao regulamento sanitário nacional e internacional que decretam uma situação de emergência quando a alta transmissão de uma doença coloca em risco à saúde de um grande contingente populacional. Aqui, encontra-se outra perspectiva para tratar o termo. As emergências em saúde são situações relacionadas ao adoecimento humano que mobilizam grupos sociais a realizar ações de monitoramento e controle. Este conceito abrange as doenças infecciosas como exemplo a Febre Amarela, as emergências sanitárias como exemplo a Zika e a COVID-19 que afetaram o Brasil e o Mundo, mas também, os problemas à saúde humana ocasionados por empreendimentos, como exemplo a poluição do ar, das águas e do solo de grandes plantas industriais e a contaminação do ambiente por agrotóxico pelo agronegócio. A deterioração da vida realizada por qualquer evento recente, que pode ocasionar doenças, fome e fenômenos como a violência e suas diversas formas de materialização no espaço.

A emergência para realização da vigilância em comunidades que absorvem os efeitos nocivos à vida humana de grandes atividades de monocultura extrativista é evidenciada pelo surgimento de doenças associadas a grandes empreendimentos. Incorpora-se aqui o agronegócio, a indústria siderúrgica e a mineração encontradas nesta revisão. Para Alves (2013), a difusão do conhecimento junto à população e atores-chaves como estratégia de articulação/mobilização tem como proposição a “organização e coletivização, na identificação de aliados, redes e forças externas e internas ao território, na organização interna e no monitoramento das empresas, Estado e obras de infraestrutura” (ALVES, 2013 p.183). O autor incorpora a ação um monitoramento social das ações do Estado e dos atores privados, apontando como questão importante para ação. Para isso, o trabalho realizado na perspectiva de uma pesquisa acadêmica, realizou uma cartografia social participativa e junto aos atores um processo colaborativo para construir um plano de ação que contou com ações de monitoramento, comunicação e mobilização social.

Importante destacar que o mapeamento participativo foi fundamental para a elaboração do plano de ação pelo grupo de pesquisa, com base na sistematização e nas prioridades definidas em relação aos elementos/dimensões promotores e ameaçadores da vida, da saúde e do modo de vida das comunidades presentes nos mapas social, ambiental e dos processos de produção/trabalho. (ALVES, 2013 p.45)

Outra perspectiva que parte da universidade através de pesquisa científica, é o estudo de Aguiar e Rigotto (2019) sobre os impactos do agronegócio na saúde. “A abordagem dos efeitos crônicos dos agrotóxicos sobre a saúde humana na Chapada do Apodi (CE), nesse recorte específico, os casos de más formações congênitas e de puberdade precoce oriundos da comunidade de Tomé” (AGUIAR E RIGOTTO, 2019 p.138). O Estudo buscou a apropriação do conhecimento produzido pela universidade para utilização da população com intuito da luta por direitos através da realização de uma Vigilância Popular em Saúde. “O estudo comprovou que existe uma exposição ambiental intensa das crianças e de suas famílias aos agrotóxicos (atual e pregressa)” (AGUIAR E RIGOTTO, 2019 p.138).

Em momento posterior à realização da pesquisa, quando retornamos à comunidade para realizar a devolutiva dos resultados encontrados, mais uma vez o protagonismo das vigilantes populares em saúde foi imprescindível, tanto nas visitas às famílias, para entregarmos e conversarmos a respeito dos laudos dos exames laboratoriais, como na realização de uma roda de conversa com a comunidade do Tomé, para apresentação do estudo. Neste último momento, no qual socializamos o histórico da pesquisa, as motivações pessoais e coletivas para realizá-lo, os principais resultados encontrados, pudemos presenciar um espaço bastante fecundo de apropriação coletiva dos conhecimentos construídos, pois, ao mesmo tempo em que a socialização dos resultados produziu uma comoção coletiva, principalmente em torno do sofrimento das famílias e da contaminação das crianças, brotou nos moradores uma necessidade de denunciar amplamente esse processo de vulnerabilização nos diversos espaços de vida e de trabalho nos quais cada um está inserido.(AGUIAR E RIGOTTO, 2019 p.138).

A proposta de Moreno e Guimarães (2019) sobre a construção de uma Vigilância em Saúde participativa de base territorial em escolas de assentamentos rurais sob impacto da contaminação agroquímica no Pontal do Paranapanema/SP também tem nos impactos do agronegócio.

A proposta surgiu da necessidade de se compreender esse processo de destrutividade desencadeado pela exposição aos pesticidas a partir das unidades escolares localizadas nesses assentamentos rurais, pois trata-se de escolas que surgiram da própria luta pela terra, especialmente, coordenada pelo Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST). É por isso que o projeto está relacionado a uma concepção de vigilância participativa, envolvendo estudantes e demais membros das comunidades escolares. (MORENO E GUIMARÃES, 2019 np)

Os autores trabalharam com uma proposta que se vincula a uma cartografia e técnicas de geoprocessamento na produção do conhecimento para apropriação das comunidades locais. Além da pesquisa, a experiência teve como objetivo realizar uma formação estudantil para disseminação do conhecimento geográfico realizado através da cartografia e do geoprocessamento.

A experiência da vigilância popular na realização do monitoramento ambiental como ação coletiva de população expostas à poluição atmosférica gerada por indústrias siderúrgicas nos Piquiá de Baixo, no município de Açailândia/MA, e Santa Cruz, município do Rio de Janeiro/RJ demonstra um processo que parte da academia na produção de técnicas de baixo custo para ser apropriado na organização popular. No trabalho de Aguiar e Rigotto (2019) observa-se a produção científica e a apropriação dos resultados para abastecer as reivindicações para a transformação da realidade local. No caso de Carvalho, et al. (2021), adapta-se uma técnica ao conhecimento popular para seu uso no monitoramento participativa que gera dados para ação comunitária.

A ideia, portanto, consistiu em estabelecer um processo capaz de gerar um contraponto às informações oficiais. Para tanto, foi estabelecida uma parceria entre as organizações Justiça nos Trilhos (JnT), Instituto de Políticas Alternativas para o Cone Sul (PACS) e Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz/RJ), que culminou na construção e implementação de uma proposta de monitoramento ambiental participativo, de base comunitária, das concentrações de MP na atmosfera. Esse processo, objeto de análise deste artigo, foi denominado de vigilância popular ambiental (VPA). (CARVALHO, et al., 2021 p.3636)

A pandemia da COVID-19 é uma emergência em saúde global, e na perspectiva dos povos subalternos torna-se mais uma das emergências sociais em seu cotidiano. “Perante o sofrimento causado pela pandemia, as comunidades revelaram uma grande capacidade para se organizarem nas condições mais adversas, de modo a garantir a proteção minimamente eficaz dos seus membros” (SANTOS, 2021 p.204). Esta revisão teria encontrado outro resultado se fosse realizado antes da pandemia, pois ela aponta importantes reflexões oriundas de ações de organização popular durante a pandemia. Carneiro e Pessoa (2020) trazem uma importante revisão das práticas de povos subalternos que surgiram na pandemia. Os autores citam como práticas de Vigilância Popular em Saúde os gabinetes de crise, comitês populares, articulações solidárias, plataformas, observatórios acadêmico populares, barreiras sanitárias populares e portais na internet de monitoramento

participativo, são colocados pelos autores como “algumas das formas que, espontaneamente, têm surgido nas favelas e nos territórios de povos tradicionais para dar conta de enfrentar a Covid-19 num ambiente em que várias injustiças se combinam” (CARNEIRO E PESSOA, 2020 p.4).

Essa reflexão sobre a conjuntura é um chamado, um convite, para passarmos a construir juntos essa vigilância popular da saúde e do ambiente – na perspectiva da práxis – desafiando as estruturas cartoriais e tecnocráticas da Vigilância em Saúde convencional e abrindo pontes para um diálogo construtivo e crítico de ampliação de práticas e ações para mitigar os impactos da Covid-19, com forte componente participativo e democrático, frente a um desafio histórico que poderá marcar toda uma geração. Só poderemos fazer isso numa perspectiva solidária, crítica e emancipatória – e como atores e sujeitos de nossa própria história. (CARNEIRO E PESSOA, 2020 p.6).

O trabalho de Latgé, Araujo e Silva Junior (2020 p.124) desenvolve um relato sobre a “experiência de Jovens Comunicadores, através de um conjunto de ações de comunicação popular em favelas para ampliar acesso as informações seguras sobre direitos, saúde e prevenção à COVID-19”. Os autores têm como base teórica a Vigilância Civil da Saúde na perspectiva que “se pretende construir junto dos Jovens Comunicadores e seus territórios é um banco de “dados alternativo”, nas palavras de Valla, uma “epidemiologia do cotidiano” (LATGÉ, ARAUJO E SILVA JUNIOR, 2020 p.126). As ações desta experiência em favelas do município de Niterói, no Estado do Rio de Janeiro insere a comunicação popular como estratégia central para realização de uma vigilância popular, integrando atores e desenvolvendo uma estrutura de conhecimento alternativa ao senso comum, absorvido pela alienação com base em informações incompletas, inconsistentes e falsas, que colocam em risco à vida.

O processo dos Jovens Comunicadores tem como base uma comunicação que não esteja reduzida a uma transmissão de informação seca, sem retorno, o que se almeja com produções próprias e adaptações de informações genéricas em conteúdos situados em pessoas e lugares. É a construção de interlocuções entre jovens, moradores, atores públicos (profissionais da Atenção Primária e Proteção Social Básica; gestores públicos e profissionais das instituições de ensino) para ampliação do acesso aos serviços e benefícios, troca de informação, esclarecimento de dúvidas e acompanhamento das políticas públicas e ações emergenciais apresentadas pelo poder público como resposta a pandemia da COVID-19. (LATGÉ, ARAUJO E SILVA JUNIOR, 2020 p.126)

A comunicação tem um caráter formativo para os grupos subalternos quando é realizada em perspectiva contra-hegemônica, plural e associada aos diversos saberes cotidianos. A experiência do “Curso de Formação de Agentes Populares de Saúde: Vigilância Popular em Saúde potencializando os territórios

no enfrentamento da Covid-19” analisada em seu material pedagógico (BONETTI, 2021). O Agente Popular de Saúde é “um mobilizador social que visa identificar, por meio da participação comunitária, os principais problemas de saúde que surgem nos territórios e necessitam de respostas concretas e urgentes” (BONETTI, 2021 p.14). A atuação deste agente em um contexto social da COVID-19 é uma contribuição teórica para desenvolvimento da organização popular em saúde

Por meio desta vivência, esperamos que você venha a conhecer mais sobre o SUS, sobre o vírus, suas formas de transmissão, sinais e sintomas, formas de prevenção e cuidado, considerando estratégias de mobilização e comunicação que garantam a contenção da doença e as medidas de distanciamento social.

Discutiremos também as fragilidades e potencialidades dos territórios, saberes e estratégias, a defesa dos direitos sociais e das Políticas Públicas que propiciem suporte neste contexto e garantam as condições de vida necessárias, buscando fortalecer as identidades e o sentido de pertencimento nessa ação em rede. (BONETTI, 2021 p.7)

A experiências abordadas nesse item onde debatemos emergências em saúde que mobilizam a sociedade para realização de ações de Vigilância Popular em Saúde demonstram o que Giorgio Agamben (2007, p.34) coloca que “existe uma figura-limite da vida, um limiar que ela está, simultaneamente, dentro e fora do ordenamento jurídico, e este limiar é o lugar da soberania”. Baseado nas análises desta revisão, o imediatismo para realização da Vigilância Popular em Saúde busca soberania dos sujeitos sobre a condição do corpo frente a empreendimentos nocivos à saúde humana e a epidemias que o Estado não consegue controlar.

A soberania do vivente sobre si mesmo configura, como a decisão soberana sobre o estado de exceção, um limiar de indiscernibilidade entre exterioridade e interioridade, que a ordem jurídica não pode, portanto, nem excluir nem incluir, nem vetar e nem permitir (AGAMBEN, 2010 p.34).

O Estado de Exceção de Giorgio Agamben (2007) é um instrumento analítico para compreender o papel do jurídico na relação entre Estado e sociedade em sua espacialidade. As experiências analisadas, seja na perspectiva da relação de grandes empreendimentos com a comunidades locais e das epidemias fora de controle, indicam a Vigilância Popular em Saúde como uma ação coletiva que está dentro e fora da norma jurídica. As práticas tornam-se uma alternativa contra-hegemônica submetida a “normas” comunitárias dos diversos atores envolvidos, e visam, além da emancipação, reivindicar a transformação das políticas públicas.

4.4.2 Precarização da vida

A precarização da vida é um processo estrutural das relações sociais no capitalismo. A produção material da condição precária da vida humana é observada na produção desigual do espaço, onde produz espaços da pobreza. É preciso destacar o termo “espaço da pobreza” não quer dizer pobreza de ideias, saberes, da cultura, das relações de sociabilidade. A pobreza aqui é analisada na perspectiva da exploração capitalista, onde a terra é mercadoria, ou seja, o sistema econômico-social transforma o valor de uso (habitação, produção, relações cotidianas, etc.) no valor de troca (capital imobiliário, agronegócio, renda da terra etc.) do solo para acumulação de capital. É um processo que provoca desigualdades socioespaciais que torna a vida precária para os povos subalternos.

A condição precária designa a condição politicamente induzida na qual certas populações sofrem com redes sociais e econômicas de apoio deficientes e ficam expostas de forma diferenciada às violações, à violência, e à morte. Essas populações estão mais expostas a doenças, pobreza, fome, deslocamentos e violência sem nenhuma proteção. A condição precária também caracteriza a condição politicamente induzida de maximização da precariedade para populações expostas à violência arbitrária do Estado que com frequência não têm opção a não ser recorrer ao próprio Estado contra o qual precisam de proteção. (BUTLER, 2019 p.46)

As experiências de Vigilância Popular em Saúde que aqui são caracterizadas como oriundas da precarização da vida tem destaque no protagonismo popular nas ações de vigilância. Essa relação fica evidente em Guimarães et al. (2011):

Este trabalho visa apresentar e discutir as condições de vida e saúde das classes populares da região da Leopoldina (Rio de Janeiro, RJ) e os recursos utilizados na tentativa de superar os problemas encontrados, identificados a partir da percepção de profissionais de saúde, líderes comunitários e religiosos – ouvidores naturais da população nas comunidades em que atuam. (GUIMARÃES et al., 2011 p.292)

O trabalho é uma pesquisa científica que buscou ampliar uma concepção tradicional da Vigilância em Saúde “o que se torna relevante diante do adoecimento e sofrimento crescente da população e das dificuldades de acesso e resolutividade dos serviços públicos de saúde” (GUIMARÃES et al., 2011 p.293). A construção da ouvidoria coletiva é uma ação que busca desenvolver a consciência política sobre os problemas de saúde local. Como resultado da pesquisa, as “lideranças comunitárias, religiosas e os profissionais de saúde têm

avaliado a Ouvidoria como espaço de participação, aprendizado e articulação de novas redes de apoio social” (GUIMARÃES et al., 2011 p.299). A proposta das ouvidorias coletivas tem grande influência na Vigilância Civil da Saúde, proposta iniciada na década de 1990 e analisando os resultados desta revisão podemos considerar a maior influência para construção de uma proposta para Vigilância Popular em Saúde.

A vigilância civil da saúde foi delineada pelo educador Victor Vincent Valla em meados dos anos 1990 e, no correr da experiência, agregou processos como a construção compartilhada do conhecimento e a ouvidoria coletiva. Realizada com a população, alicerçada na cultura local e na educação popular de Paulo Freire, a vigilância civil pode representar a vertente da Vigilância em Saúde que corporifique a participação popular e contribua para a transformação social, complementando a tradicional vigilância epidemiológica. (SEVALHO, 2016 p.612)

As experiências da ouvidoria coletiva e construção compartilhada de conhecimento destacam a relação entre os limites das técnicas da Vigilância em Saúde e a possibilidade da ação coletiva suprir as deficiências da ação do Estado. Nessa perspectiva, a experiência de Cunha et al. (2018, p.117) destacam “a necessidade de responder ao referido desencontro entre serviços de saúde e território, configurando uma rede de Vigilância Popular em Saúde em Manguinhos”.

O desafio maior seja romper com a lógica do diagnóstico situacional e o planejamento centralizado dos serviços de saúde e seus processos de gestão burocratizados por meio de procedimentos operacionais padronizados, para que reconheçam e incorporem em suas bases de dados e em seus processos de trabalho os conhecimentos e informações que são produzidos e circulam por essas redes, não só os dados quantitativos, que são importantes. Mais que isso, que incluam informações qualitativas que possibilitem a identificação e contextualização das causas dos adoecimentos e mortes (CUNHA EL ALL, 2018 p.120).

Os coletivos e organizações populares que atuam em espaços dos povos subalternos na realização de ações coletivas para proteção à saúde demonstram a força para contestar o tempo histórico. É uma vigilância feita por sujeitos que sabem que suas vidas não têm valor para a sociedade, que são vidas que merecem morrer. A dialética entre insurgência e vigilância torna-se núcleo da Vigilância Popular em Saúde por mais antagônicos que sejam os termos. Em uma sociedade que precariza vidas humanas, a vigilância acerca da saúde é um ato de insurgência de povos renegados a uma vida digna.

5

Trajetórias teóricas e práticas para Vigilância Popular em Saúde

O presente capítulo busca a construção de uma teoria para a ação social através da Vigilância Popular em Saúde. O processo de construção teórica não busca se distanciar da realidade ou se tornar uma prescrição para a ação social. Tem como finalidade construir uma teoria para ação. Sobre os intelectuais podemos buscar a análise de Gramsci feita por Duriguetto (2014, p.267):

Gramsci desenvolve uma interpretação original da função dos intelectuais nos processos de formação de uma consciência crítica por parte dos subalternos e na organização de suas lutas e ações políticas.

O debate em Gramsci sobre o papel dos intelectuais rompe com a separação destes intelectuais como algo alheio a realidade. Os intelectuais orgânicos, que vão ao encontro dos interesses das classes subalternas, têm “função central nos processos e lutas de formação de uma contra-hegemonia contrária aos interesses do capital e dos seus intelectuais tradicionais e orgânicos” (DURIGUETTO, 2014 p. 267). Com isso, a produção das técnicas da Vigilância Popular em Saúde analisada nessa tese demonstra o papel dos intelectuais, sejam eles nas bancadas universitárias ou numa roda em um quilombo, produzem uma ação de interesse para emancipação humana.

A Vigilância Popular em Saúde é uma resistência social aos processos de acumulação capitalista materializados na desigualdade socioespacial. Visa uma consciência crítica sobre os processos de adoecimento da sociedade relacionados às relações sociais de produção. Apropria-se das políticas de saúde pública através da Vigilância em Saúde, não abandonando os processos de vigilância, monitoramento e ações preventivas realizadas por movimentos sociais.

Os elementos que compõe este capítulo estão estruturados para iniciar em uma crítica ao metabolismo da relação sociedade-natureza, que produz o espaço na interação e transformação do meio, e com isso, concebe o homem enquanto ser social. Abre-se o campo das possibilidades teóricas através da determinação socioespacial da saúde para pensar a saúde na perspectiva da produção do Espaço. E como toda crítica há uma proposição, concluí-se com a construção das práticas espaciais emancipatórias como um degrau para emancipação humana.

Os elementos postos não são fragmentados, como se cada item correspondesse a um pensamento acabado. A construção epistemológica interliga e apresenta seu caráter indissociável enquanto construção do pensamento. O pensamento crítico da sociedade capitalista passa pela construção epistemológica e ontológica que resulta em uma práxis espacial emancipatória.

5.1

A “saúde” do metabolismo social-natural

A relação do ser humano com a natureza é uma questão filosófica que esbarra na história da ciência. Também é uma questão de identidade cultural que organiza grupos sociais na sua relação com seu território, seus costumes e seus hábitos alimentares. A relação da sociedade com a natureza é o pilar de construção do projeto civilizatório pelo qual concebemos hoje. Para Porto-Gonçalves (2001, p.9) “O homem é a natureza que toma consciência de si própria e esta é uma descoberta verdadeiramente revolucionária numa sociedade que disso se esqueceu ao se colocar o projeto de dominação da natureza”.

O desafio da sociedade capitalista para controle dos processos de adoecimento perpassa pelo domínio da natureza. E esse domínio se realiza através do trabalho como realização da vida humana. Para Marx (2013, p.514) “O trabalho é, antes de tudo, um processo entre o homem e a natureza, processo este em que o homem, por sua própria ação, medeia, regula e controla seu metabolismo com a natureza”. Rui Moreira em seu livro “O que é geografia?” aponta que “a natureza está no homem e o homem está na natureza, porque o homem é produto da história natural e a natureza é condição ontológica, então, da existência humana” (MOREIRA, 2012 p.47).

O espaço é concebido como transformação da natureza pela sociedade através do trabalho. “Espaço e trabalho estão numa relação de aparência e essência: o espaço geográfico é a aparência de que o processo historicamente concreto do trabalho (a relação homem-meio concreta) é a essência” (MOREIRA, 2012 p.48).

O processo saúde-doença é determinado pela relação entre o homem e seu meio. A alteração dos componentes ecológicos do ambiente em que se

realiza a vida tem influência direta no processo de adoecimento dos sujeitos, bem como na relação com a prevenção e cura. As doenças são oriundas do ambiente que vivemos, não só pelos vírus e bactérias presentes em determinados ambientes, mas também nos modos de vida que estruturam. Toda doença é vinculada as condições do espaço, através da presença de patógenos no ambiente, na transmissão entre sujeitos, no modo de vida (programado) individual, na relação da identidade cultural nos processos de cuidado e no fornecimento de substâncias na natureza para produção de medicamentos.

Em termos muito gerais, o processo saúde-doença é determinado pelo modo como o homem se apropria da natureza em um dado momento, apropriação que se realiza por meio de processo de trabalho baseado em determinado desenvolvimento das forças produtivas e relações sociais de produção. (LAURELL, 1982 p.10)

A sustentabilidade é uma categoria utilizada como paradigma normativo da condição ecológica após intervenção humana. É preciso superar a ideia de sustentabilidade relacionada ao desenvolvimento econômico na esfera institucional e normativa de territórios delimitados, para construir um caminho plural acerca das sustentabilidades como desafios sociais, políticos, culturais entre os diversos atores territoriais para promoção da saúde local e equilíbrio do ambiente.

O conceito de sustentabilidades constituído no plural reconhece não haver um modelo sustentável para todos os lugares (RUA, 2007). Há que se pensar a sustentabilidades em suas múltiplas dimensões e escalas através da Geografia como fundamento para compreender as relações espaciais que constituem a determinação socioespacial da saúde. Há distinções e semelhanças entre a relação do ambiente com a saúde em territórios diversificados, em especial os de população marginalizada. A malária no norte do país, e a dengue nas cidades litorâneas assumem características singulares e comuns no processo de prevenção, controle e cuidado, e sua manifestação através da forma mais aguda da doença, na maioria das vezes, se dá nas populações vivendo em espaços da pobreza e em condições de precariedade.

A estratégia para manutenção de poder por grupos econômicos tem na concepção de desenvolvimento sustentável uma armadilha para a sociedade que busca soluções alternativas para resolução de uma crise ambiental (mudanças climáticas, desflorestamento, etc.) e sanitária (doenças emergentes e reemergentes). Justifica-se a produção de conhecimento emancipatório e contra-

hegemônico como um contra-ponto ao modelo hegemônico civilizatório marcado pela modernidade e pelo desenvolvimento, mas acima de tudo, como expressão da lógica do capitalismo.

A noção de sustentabilidades territoriais para analisar o processo saúde-doença através de um instrumental analítico que considere as múltiplas dimensões do espaço na relação sociedade e natureza, busca evidenciar as condições de saúde das coletividades, ou seja, como grupos sociais vivem e adoecem conforme o seu contexto espacial (RUA, 2007). Desta forma, é preciso compreender que dentro de um mundo insustentável por uma racionalidade econômica hegemônica há possibilidades de construção social em suas múltiplas sustentabilidades territoriais.

A territorialidade de grupos sociais expressa a saúde das coletividades, enquanto a constituição de múltiplos territórios e múltiplas coletividades, também constitui múltiplas condições da saúde humana nesses coletivos. Haesbaert (2014, p.59) afirma que a territorialidade está “intimamente ligada ao modo como as pessoas utilizam a terra, como elas próprias se organizam no espaço e como dão significado ao lugar”. E as formas de utilização, organização e significação desses espaços são formas de produção do processo saúde-doença em suas diversas relações sociais.

Se a doença é uma manifestação do indivíduo, a situação de saúde é uma manifestação do lugar. Os lugares, dentro de uma cidade ou região, são resultado de uma acumulação de situações históricas, ambientais e sociais que promovem condições particulares para a produção de doenças (BARCELLOS et al., 2002, p.130)

A determinação social da saúde é uma linha de pensamento crítico que não busca uma afirmação determinista sobre a organização dos elementos na sociedade para produção de doenças. A contribuição da teoria crítica sobre a determinação social da saúde visa apresentar o processo saúde-doença nos indivíduos como resultado das desigualdades sociais em um mundo capitalista, portanto, é uma reflexão sobre a saúde humana na perspectiva da saúde das coletividades. A determinação socioespacial da saúde é uma via analítica para compreensão da realidade social com foco na saúde, e um aporte teórico para uma teoria geográfica crítica que aponte para a necessidade de sociedades mais justas, saudáveis e sustentáveis.

A determinação social da saúde é resultado da organização social do tempo presente. A hegemonia do capitalismo no mundo é marcada por

racionalidades em que Rua (2007, p.144) apresenta a “Modernização, progresso e desenvolvimento têm sido termos intercambiáveis e têm marcado o movimento do todo social como projeto civilizatório do Ocidente”. Para Leff (2004, p.88) “com o advento da modernidade e da racionalidade do iluminismo, a natureza não só se fraturou e fragmentou. Mas claramente fracassou”, ou seja, constrói-se uma racionalidade condicionada a lógica do capital e de dominação da natureza fundamental para compreender as questões que envolvam as concepções de saúde.

A destruição de domínios comunais, a parcelização das terras, a produção de mercadorias e a forma dinheiro apreçando as terras, culminando na pura especulação financeira contemporânea, tal seria a grande narrativa da apropriação do espaço ecossistêmico no capitalismo (MOREIRA, 2004, p. 204)

É necessário aproximar as concepções de saúde e de natureza, de ecologia e condições de vida, de situação de saúde com os indicadores ambientais, para que possamos analisar a crise ambiental como uma crise societária com a saúde humana, não tendo a economia como centralidade. As mudanças climáticas são fenômenos que caracterizam uma crise ambiental global, mas para além do alagamento de cidades litorâneas, derretimento de calotas polares, há uma transformação nos regimes de doenças em todo o planeta, com a emergência e reemergência de doenças, sem contar com as vidas impactadas pelas catástrofes ambientais.

A Geografia é ciência fundamental para desenvolver aproximações e compreensão de um todo social. Algumas linhas do pensamento geográfico já promovem construções teóricas importantes, como exemplo a Geografia socioambiental como frente científica que busca associar sociedade e natureza, onde Francisco Mendonça (2001, p.128) afirma que não pode ser “concebido como derivador de uma realidade na qual seus dois componentes sejam enfocados de maneira estanque e como independentes, pois a relação dialética entre eles é que dá sustentação ao objeto”. Existem olhares que relacionam a Geografia com a Saúde, como a Geografia Médica ou mais recentemente, a Geografia da Saúde em que Guimarães et al. (2014, p.124) consideram “a Geografia da Saúde como um campo de aplicações em crescimento”, em uma forma operativa que busca na ciência, formas de ação. Entretanto, reforçamos o olhar da Geografia Crítica, com influência de outros olhares, mas com foco na crítica à modernidade e ao desenvolvimento como paradigma civilizatório, e na mercadificação da sociedade e da natureza.

O problema da valorização da natureza e da cultura como meio para assegurar as condições de sustentabilidade do sistema econômico, não só reside na impossibilidade de atribuir preços reais e justos através dos mecanismos de mercado, mas nas consequências éticas que acarreta a super-economização do mundo. A contradição entre economia e ecologia surge na compulsão ao crescimento da racionalidade econômica. (LEFF, 2004, p.192)

É nessa perspectiva que emerge como discurso hegemônico o desenvolvimento sustentável como possibilidade de equilíbrio econômico e social, através das conferências internacionais com destaque na Conferência das Nações Unidas sobre o Meio Ambiente realizada na cidade do Rio de Janeiro (ECO-92). De acordo com Guimarães (1997, p.17) a proposta do “desenvolvimento sustentável parece plenamente justificável e legítima, a sua aceitação generalizada tem-se caracterizado por uma postura acrítica e alienada em relação a dinâmica sociopolíticas concretas”. A modernidade ocidental incorpora à crítica a crise ambiental para formulação de estratégias de manutenção da lógica capitalista e do seu modo de produção. O crescimento econômico, as relações de poder e a utilização de recursos naturais não renováveis são mantidas em prol de uma (in)sustentabilidade do modo de produção.

A racionalidade econômica resiste a sua desconstrução e monta um simulacro no discurso do desenvolvimento sustentável, uma estratégia de simulação, um jogo falacioso de perspectivas -*trompe l'oeil*-, que burla percepção das coisas e perverte toda razão e ação no mundo para um futuro sustentável. Discurso do desenvolvimento sustentável se torna como um bumerangue, decapitando o meio ambiente como um conceito que orienta a construção de uma nova racionalidade social. A estratégia discursiva da globalização é torna-se um tumor semiótico e gera a metástase do pensamento crítico, dissolve a contradição, a alteridade, a diferença e a alternativa, para nos oferecer em seus excrementos retóricos um visão do mundo como expressão do capital. (LEFF, 2004, p.107)

A determinação social da saúde é um contraponto a um pensamento individual-biologicista para se pensar o processo saúde-doença e uma crítica às formas hegemônicas de sociabilidade no capitalismo. O desenvolvimento sustentável na perspectiva da saúde das coletividades requer a necessidade de superação da economia frente às necessidades sociais para realização da vida cotidiana. Os desafios socioambientais da atualidade necessitam de protagonismo na essência das questões, porém o modelo atual mostra permanentes rearranjos para manutenção da reprodução do capital para posteriormente, influenciar nas condições de vida da população. A saúde é uma mercadoria de grande interesse para diversos setores da economia, consolidada por avanços tecnológicos que se torna consenso por grande parte da sociedade,

sobre seus benefícios, seja na medicina diagnóstica ou no desenvolvimento de medicamentos. Entretanto, doenças com significativos avanços tecnológicos na cura e controle ainda são encontradas nas periferias globais. Outro exemplo são as doenças conhecidas na literatura como negligenciadas, caracterizadas pela sua localização em áreas de pobreza, não tem devida atenção pelos Estados, pelo complexo médico-industrial e pelos investimentos em pesquisa, apoiados na lógica lucrativa de produção em detrimento a uma lógica humanitária de promover saúde.

O mercado de saúde tornou-se um dos mais importantes do mundo, com vários atores-chave que compõem o chamado complexo médico-industrial, integrado pelos produtores de tecnologias e insumos para os serviços de saúde; a indústria farmacêutica; o setor financeiro e de seguros, e os produtores diretos de serviços em clínicas ou hospitais privados. (FEO, 2003)

Para o mercado da saúde há um processo de desumanização do homem. Para Moreira (2004, p. 228) “no momento histórico da ascensão do Estado burguês moderno na Europa a identidade cultural, “não natural”, que se torna hegemônica esteve localizada na cidade, o lugar do moderno”. De acordo com Diegues (1996, p.43) a “dicotomia homem-natureza e o enfoque antropocêntrico ter-se-iam agravado com o surgimento da ciência moderna, em que o mundo natural se torna objeto do conhecimento empírico-racional”. A desumanização do homem e a desnaturalização da natureza são características da modernidade e tem na mundialização da economia através da hegemonia da racionalidade econômica, a sua materialização como paradigma civilizatório deste período histórico.

A contemporaneidade poderia ser pensada como vivenciando o deslocamento desse referencial civilizacional de identidade. O outro já teria se deslocado da Natureza para a Máquina, permitindo imaginar o próprio ser humano como artificial, presente nas imagens e práticas associadas à busca do clone, do robô, do cérebro artificial e dos transgênicos, o que impediria a própria distinção moderna entre o natural e o artificial. (MOREIRA, 2004, p.229)

A modernidade é marcada pelo desenvolvimento das técnicas na transformação da natureza em mercadoria. Santos (2006, p.16) afirma que “as técnicas são um conjunto de meios instrumentais e sociais, com os quais o homem realiza sua vida, produz e, ao mesmo tempo, cria espaço”. E é através da técnica que podemos relacionar a crise ambiental com uma crise sanitária provocada pelo advento das técnicas hegemônicas pelas vias da reprodução capitalista. É através dessas técnicas que tornamos a natureza e a vida humana artificiais. O corpo humano perde sua humanidade assim como uma árvore

perde sua função no sistema ecológico quando extraída para comercialização. A valorização da vida desloca o olhar da real essência para sobrevivência da humanidade, para a sobrevivência da economia global, formando crises resolvidas por seus próprios mecanismos, excluindo a possibilidade de aproximarmos de uma justiça social.

O ideal para normatividade do metabolismo sociedade-natureza apresenta-se através das sustentabilidades territoriais como forma para grupos sociais avaliarem seus espaços para monitoramento das condições ambientais relacionadas à saúde humana. A busca para a aproximação de um equilíbrio ambiental é a luta de movimentos sociais, como exemplo citamos os relacionados à agroecologia, militantes da causa ambiental, movimentos que participam de comitês de bacias hidrográficas e unidades de conservação etc.

5.2 A Determinação Socioespacial da Saúde:

A proposição de uma determinação socioespacial da saúde busca incorporar o Espaço como conceito central para compreender um fenômeno de interesse para saúde de coletividades. Assim, abre caminho para incorporar conceitos caros à Geografia e de outras disciplinas, como as relacionadas às ciências da saúde, para dar conta das múltiplas dimensões do objeto de pesquisa em sua especificidade, e em sua totalidade (o real).

A construção teórica de uma constelação de conceitos concebe a centralidade para o conceito do Espaço, “focalizando sobre a dimensão espacial da sociedade, que inclui, evidentemente, a indissociabilidade entre o social e natural” (HAESBAERT, 2014 p.35). Este apontamento teórico conduz um caminho para compreender a totalidade social por meio do conceito de Espaço, não negligenciando os outros conceitos, como o autor aborda. Os conceitos e categorias da geografia circulam a constelação como planetas, não são estáticos, se transformando ao longo do tempo. Abre-se a possibilidade da busca pela inovação e de novos conceitos e categorias, que seriam colocados para atender a evolução dos objetos de pesquisa na sociedade.

A Geografia contribuiu teoricamente através da materialidade do mundo no caminho analítico, terreno onde a teoria social nas pesquisas sobre o fenômeno da saúde aborda o papel das ações humanas no processo de saúde-doença. Milton Santos conceitua o espaço como um misto, um híbrido “uma união

indissociável de sistema de objetos e sistema de ações” (SANTOS, 2006 p.199). O espaço geográfico como uma construção entre as ações humanas e os objetos postos no mundo, onde a relação entre a existência, historicidade e localização de um, atrelada a existência, historicidade e localização do outro, forma o que compreendemos de sociedade e suas formas de organização espacial. A noção que o autor coloca é supracitada em trabalhos da geografia e saúde, “Os conceitos geográficos propostos por Milton Santos constituem uma das referências mais importantes para as análises da relação entre espaço e doença, especialmente as produzidas no Brasil” (CZERESNIA e RIBEIRO, 2000 p.600). Todavia, carecem estudos que ampliam o debate sobre o conceito de espaço e saúde, em que a concepção de espaço socialmente produzido (espaço social) é um instrumento analítico que incorpora a centralidade da produção, apropriação e transformação do espaço.

Convém afirmamos que o espaço como constructo social, ou seja, socialmente produzido, refere-se à estrutura, que define as determinações do modo de produção, mas refere-se também, simultaneamente, à ação dos atores e agentes locais em associação com os grupos de ação muitas vezes de âmbito global. (FERREIRA, 2007 n.p)

O espaço geográfico como centro da constelação de conceitos de Haesbaert (2014) e o espaço social (socialmente produzido) construído por Lefebvre (1991) são caminhos para debater o espaço na saúde. Enquanto no primeiro, o espaço geográfico e o espaço-tempo têm os conceitos da Geografia em diálogo (órbita), no qual o Espaço é o conceito principal da ciência geográfica. O segundo tem no espaço social, no movimento da materialidade das relações sociais, e na transformação da natureza pelo homem seu apontamento analítico.

Assim como o espaço geográfico, em uma primeira aproximação, corresponde à superfície terrestre, o espaço social, aqui, corresponde, também em uma primeira aproximação, e que igualmente precisará ser complementada, à superfície terrestre apropriada, transformada e produzida pela sociedade. (SOUZA, 2013 p.22)

A crítica de Marcelo Lopes de Souza (2013) aponta a insuficiência da primeira aproximação para entender os conceitos de espaço geográfico e espaço social. Todavia, é da simplificação que compreendemos a essência dos conceitos para compreensão da realidade. O movimento intelectual requer a escolha apropriada dos conceitos para serem formuladas as respostas científicas e as formas de ação coletiva. A inserção do espaço como conceito para Vigilância Popular em Saúde articula enquanto conceito para compor o

processo analítico, para prática sócio-espacial e para contrapor o seu uso como categoria normativa.

Ainda que reconhecemos três modalidades de categorias ou conceitos – analítica, da prática e normativa, estamos cientes também da sua indissociabilidade. Enquanto uma categoria analítica é, sobretudo, um instrumento no processo de investigação do pesquisador – ou um conceito no seu sentido mais difundido, a categoria da prática é um “conceito” – ou noção – do senso comum, utilizando nas práticas cotidianas do discurso ordinário, e a categoria normativa tem como objetivo primeiro indicar um caminho, tem um caráter mais propositivo que analítico, como nos conceitos de região e território utilizados pelo Estado enquanto agente planejador. (HAESBAERT, 2014 p.31)

A categoria analítica da determinação sócioespacial da saúde, proposição desta tese tem o espaço como contribuição geográfica para desenvolvimento epistêmico da determinação social da saúde. Esta concepção faz emergir o caráter da desigualdade social no processo saúde-doença, de grande influência para formulação de ações de saúde pública.

Nesse ponto, posicionamos a determinação social da saúde não como um contraponto ao modelo biomédico. A determinação surge através de um movimento intelectual que contesta os estudos que hegemonizavam a pesquisa sobre saúde humana e tinham no modelo biomédico sua principal influência.

Com influência na medicina social, estes estudos eram uma crítica à abordagem positivista inscrita no modelo da história natural da doença, que interpretava o processo de adoecimento a partir de uma perspectiva 'naturalizada', centrada na causalidade linear e marcadamente biologicista. (GARBOIS et al., 2017 p.64).

A análise das condições de vida e sua determinação social não é nada recente. Dentre os estudos desenvolvidos no período capitalista, o trabalho de Friederich Engels “A situação da classe trabalhadora na Inglaterra” (ENGELS, 2010) torna-se uma inovação em sua época, na análise dos efeitos dos processos de acumulação de capital na vida humana.

Onde ainda havia uma parcela de terra livre, construiu-se uma casa; onde ainda havia uma passagem supérflua, ela foi substituída por uma edificação; o valor da terra tornou-se mais alto com o desenvolvimento industrial e quanto mais subia, mais freneticamente se construía, sem a menor preocupação com a saúde e o conforto dos moradores, com o único objetivo de obter o maior lucro possível e com base no princípio de que, por pior que seja um casebre, há sempre um pobre que não pode pagar outro menos ruim. (ENGELS, 2010 p.176)

O profundo interesse nas condições de vida do proletariado levou Engels a fazer uma análise que expandiu o processo de opressão pelo trabalho industrial

para sua organização espacial. A descrição das condições de existência da classe trabalhadora frente a estruturação industrial na Inglaterra demonstra como a acumulação de capital modela o espaço e com isso, modela a vida humana.

Essa é a velha Manchester – e, relendo a descrição que apresentei, devo confessar que, longe de ser exagerada, é muito débil para evidenciar a imundície, a degradação e o desconforto dessa área que abriga, pelo menos, entre 20 e 30mil habitantes e cuja estrutura urbana é um desafio a qualquer princípio de ventilação, salubridade e higiene. E pensar que tais bairros estão no coração da segunda cidade da Inglaterra, no coração da primeira cidade industrial do mundo! Basta vir até aqui para saber de quão pouco espaço para mover-se, de quão pequena quantidade de ar – e que ar! – para respirar necessitam os homens e em que tão baixo nível de civilidade eles podem sobreviver quando obrigados pela necessidade. (ENGELS, 2010 p.174)

A questão que Engels coloca, acima citada, *“em que tão baixo nível de civilidade eles podem sobreviver quando obrigados pela necessidade”* precisa ser núcleo para pesquisa sobre determinação social da saúde. Até aonde a condição física do corpo suporta uma situação de precariedade? E como as doenças se manifestam nessa tensão entre capital e trabalho? Desta forma, rompe-se a dicotomia entre um modelo biomédico e um modelo da medicina social. A condição física do corpo analisada em sua historicidade é uma projeção intelectual para compreender a realidade através da saúde humana, em uma junção indissociável entre sua condição biológica e sua condição social.

A produção intelectual da Geografia tem em sua matriz metodológica um arsenal epistêmico que introduz o espaço como conceito, que transita entre as condições biológica e social do ser em sua historicidade. A ciência geográfica encontrou (e encontra) problemas, frente à dicotomia entre geografia física e humana (com suas diferenças metodológicas até os dias atuais). A relação da ciência com os estudos da sociedade e da natureza pode potencializar como categoria a determinação socioespacial da saúde.

Antes de avançar com este debate é preciso revisitar a base teórica e conceitual da epidemiologia como construção teórica para análise da determinação social da saúde. E como o processo de escolha do método é um processo da pesquisa, o ponto de partida está na epidemiologia crítica desenvolvida na América Latina após os anos de 1970, onde há além de um paradigma biomédico dominante, posicionando os autores da epidemiologia crítica na “crítica aos modelos epidemiológicos convencionais, apresentados

como instrumentos do projeto de dominação capitalista” (Almeida-Filho, 2004 p.869)

A determinação social da saúde é uma das três categorias centrais da proposta de uma epidemiologia crítica, enunciada desde meados da década de 70 e logo desenvolvida e complementada por outros autores especialmente da corrente latino-americana. Junto com as categorias reprodução social e metabolismo sociedade-natureza há conformado um eixo teórico de uma proposta de ruptura com o paradigma dominante da saúde pública. (BREILH, 2013 p.13)

O caminho epistemológico e ontológico assumido busca trabalhar a determinação como categoria para entender a realidade. Os interlocutores teóricos que auxiliam na discussão estão calcados no materialismo histórico-dialético. E no pensamento dialético aproximamos o ser social como centro para uma ciência crítica da saúde que dará base para uma proposta da Vigilância Popular em Saúde.

A determinação implica negação, preservação, identidade, mudança e diferenciação, o que torna referências a componentes do ser e momentos de pelo qual se passa em seu processo de devir, de se expressar. Assim, a determinação se refere às condições que dão pé para as possibilidades de expressar as determinações do sujeito e da sociedade, na medida em que cada uma se afirma em sua relação com o outro, mediado por influências recíprocas e interconexões que têm origem em um e no outro (sujeito e sociedade). (PEÑARANDA E RENDÓN, 2013, p.55)

Para Jaime Breilh (2010, p.92) “o problema sujeito a debate deveria ser o da determinação social da vida e não apenas o de determinação social da saúde”. O autor busca ampliar o debate da determinação através de uma complexidade que coloque a vida através da relação sociedade-natureza para nesse ponto construir uma sociedade mais solidária.

A determinação socioespacial da saúde é uma contribuição da ciência geográfica para o diálogo da determinação social da saúde. Nesse aspecto, a teoria do desenvolvimento geográfico desigual é base teórica para analisar a determinação social e sua manifestação no espaço, dialogando de forma dialética com forças que estruturam a sociedade capitalista.

As contradições entre capital e trabalho, concorrência e monopólio, propriedade privada e Estado, centralização e descentralização, fixidez e movimento, dinamismo e inércia, pobreza e riqueza, assim como as diferentes escalas de atividade, ganham amplitude e forma material na paisagem geográfica. Dentre todas essas forças, no entanto, temos de dar prioridade a uma combinação dos processos moleculares da acumulação infinita do capital no tempo e no espaço (fluxo e refluxo diário da atividade corporativa e empresarial competitiva envolvida na circulação e acumulação do capital) e à

tentativa de organizar o espaço da paisagem de maneira sistemática por intermédio do exercício de poderes estatais. (HARVEY, 2016 p.139)

Os desenvolvimentos geográficos desiguais produzem diferenças geográficas materializadas nas diversas realidades cotidianas. Com isso, pode-se perceber a difusão de doenças em determinados espaços, ou seja, em espaços onde a pobreza e a injustiça espacial o (re)produz. O processo saúde-doença é uma importante variável para identificar a problemática social na produção do espaço.

As diferenças geográficas são bem mais do que legados histórico-geográficos. Elas estão sendo perpetuamente reproduzidas, sustentadas, solapadas e reconfiguradas por meio de processos político-econômicos e socioecológicos que ocorrem no momento presente (HARVEY, 2004, p.111)

A organização espacial da sociedade estrutura-se de forma desigual sendo materializada pela divisão social do trabalho. A classe trabalhadora tornará como residência espaços periféricos enquanto a maior circulação de capital tem em seu movimento de centralização como processo de dispersão da sua produção. A localização da classe trabalhadora de menor renda encontra nos locais de maior precariedade social como moradia, fenômeno identificado por Engels (2010) nos distritos operários das cidades industriais na Inglaterra no século XIX, até os dias atuais nas favelas e nos subúrbios.

A divisão do trabalho na sociedade é a base histórica da diferenciação espacial de níveis e condições de desenvolvimento. A divisão espacial ou territorial do trabalho não é um processo separado, mas está implícito, desde o início, no conceito de divisão do trabalho. (SMITH, 1988, p.152)

A escolha de conceitos é também uma escolha do caminho teórico-metodológico para análise da realidade. O conceito de espaço é construído por diversas teorias, com grande importância para o debate no interior da ciência geográfica. A teoria do espaço é transversal as múltiplas áreas de conhecimento na perspectiva da fragmentação da ciência moderna. A arquitetura, a engenharia, a biologia, a medicina, entre outras, utilizam o conceito do espaço de acordo com suas necessidades analíticas.

Estas formas diferentes de entender o espaço mantém uma mutua tensão dialética se queremos entender em que medida os conceitos de espaço e tempo condicionam nossas possibilidades, como diria Kant, de compreender o mundo que nos rodeia. (HARVEY, 2009, p. 134).

O espaço como dimensão para compreensão da realidade em uma proposta de Vigilância Popular em Saúde encontra na tríade de David Harvey (2009) uma matriz analítica que possibilita relacionar os aspectos normativos da saúde pública com uma proposta alternativa. O autor trabalha com a concepção de espaço absoluto, relativo e relacional, de forma indissociável compondo uma mesma espacialidade. E na composição analítica de cada vértice da tríade emerge as contradições entre a hegemonia e a contra-hegemonia.

O espaço absoluto é entendido “como uma estrutura pré-existente, imutável, contínua e inalterável que permite identificar claramente cada objeto concreto e descrever com precisão processos e eventos”. (HARVEY, 2009, p. 134). Nessa perspectiva que o espaço é calculável, da matemática, é censitário em estudos populacionais. Na saúde pública são os estudos de distribuição de doenças, localização de locais de risco, áreas de abrangência de Unidades Básica de Saúde, etc. É no espaço absoluto que pode fazer uma analogia aos alfinetes nos mapas, onde cada objeto é fixo e identificável. A delimitação do território de movimentos sociais define sua abrangência no espaço físico (absoluto) e é objeto para resistência e proteção para os locais de convivência de grupos em resistência. O posicionamento dos objetos no espaço é um importante instrumento para Vigilância Popular em Saúde identificar os riscos e os objetos que impactam a saúde humana. Podemos afirmar ser o espaço da saúde pública estatal e dos métodos quantitativos de análise de padrões de doença. O conhecimento a organização dos setores da saúde pública do Estado permite que a população alcance o cuidado adequado e promove a resistência aos modelos privados de saúde.

O espaço relativo é o espaço dos processos e movimentos onde não há como separar espaço e tempo, onde “a singularidade da localização e individualização determinada pelos territórios delimitados pelo espaço absoluto dá lugar a uma multiplicidade de localizações equidistantes” (HARVEY, 2009, p. 134). Direcionando o olhar na perspectiva da saúde das coletividades, é o espaço do contágio, não observado pela ecologia, mas através da determinação social de cada doença. É no fluxo entre pessoas que emergem epidemias, nas mudanças sociais que definem novos perfis epidemiológicos, o movimento sazonal que definem as formas do cuidado a saúde em determinado período e em determinado lugar.

A análise da situação de saúde local e suas transformações fornecem a Vigilância Popular em Saúde a concepção que é preciso de uma multiplicidade

de ações para enfrentar determinadas demandas de saúde. E para representar as necessidades básicas de saúde da população realiza-se a delimitação em uma estrutura de espaço-tempo que identifique os fluxos e regras que influenciam a formação de uma racionalidade. Buscando exemplo de uma mineradora, as relações financeiras para acumulação de capital seguem uma estrutura de espaço-tempo distinta das relações cotidianas de uma comunidade em seu entorno.

Observa-se ao olhar a saúde através do espaço relativo à necessidade de continuidade das ações de Vigilância Popular em Saúde mesmo após conquistas dos movimentos sociais, ou seja, o embargo de um empreendimento que afeta a saúde da população não é atividade fim, mas um meio para fortalecer a organização social frente ao surgimento de novas situações de adoecimento.

Ao avançar na construção da tríade analítica, David Harvey apresenta “a ideia de que os processos criam seu próprio espaço e seu próprio tempo é fundamental para a concepção relacional” (Harvey, 2009, p. 136). No espaço relacional observa-se a fusão do tempo e espaço em espaço-tempo, onde o espaço é memória e também sonho, ou seja, a análise nessa perspectiva não recorta o espaço em um tempo distinto, mas o compreende através do que ele foi, do que ele é e do que ele pode vir a ser.

Um evento, um processo ou uma coisa não podem ser entendidos recorrendo ao que existe apenas em determinado momento, pelo contrário, eles cristalizam a partir de um campo de fluxos no que Whitehed chama, de acordo com o caso, “um evento” ou “uma permanência”. Mas, ao fazê-lo, reúne no seu interior ao redor desse campo de fluxos, tanto o passado, o presente incluindo o futuro. (HARVEY, 2009, p. 137).

Como pensar o espaço relacional na perspectiva da Vigilância Popular em Saúde? Para compreender a saúde das coletividades, a análise das condições de vida e situação de saúde em busca de um modo de viver adequado ou como emerge em alguns textos acadêmicos, o bem viver, como um conceito imensurável, contido de espaço-tempo em si mesmo, construído através de memórias e sonhos “de uma vida melhor”. Como exemplo, o bem viver em uma comunidade afetada por um empreendimento é uma construção que envolve a memória afetiva de um espaço que existiu antes do conflito com o grande capital e sonhos de não retornar ao que era antes, mas realização de novas relações sociais pós-conflito. Os movimentos sociais que buscam a construção de uma racionalidade de Vigilância Popular em Saúde têm no espaço relacional uma

ferramenta analítica para compreender as transformações espaciais e seus problemas para saúde das coletividades.

A utilização dessa tríade analítica considera que ao se debruçar sobre um determinado espaço, ele será composto por essas três concepções: absoluto, relativo e relacional. A potência transformadora que uma racionalidade da Vigilância Popular em Saúde pode assumir é entender essa tríade como uma construção única, como alternativa à fragmentação da ciência moderna, como pode observar através de exemplos, estudos que indicam como via de mão única a demografia com o espaço absoluto, a epidemiologia e o espaço relativo e a psicologia com o espaço relacional.

A tríade de Henry Lefebvre (1991) é uma concepção no qual a espaço material (espaço percebido), as representações do espaço (espaço concebido) e os espaços de representação (espaço vivido). Essa concepção permite um aprofundamento da compreensão da espacialidade através da ação humana.

O espaço percebido relaciona-se à percepção do mundo através dos nossos sentidos, “o espaço perceptivo é a experiência primária mediada pelas práticas humanas” (HARVEY, 2009, p. 142). É a experiência imediata com os objetos, símbolos, ou seja, o que sentimos sensorialmente na experiência espacial. Exemplificando, o que podemos observar é que relacionamos com questões de nossa saúde quando vivemos esse espaço, ideia de local insalubre é marcada por um conjunto de objetos que ao olhar humano os tornam como provável proliferador de doenças. Essa abordagem é de certa forma um retorno a medicina grega de Hipócrates (460-337 a.C.) baseada na “observação empírica da natureza irá fornecer os elementos centrais para a organização de um novo modo de conceber o adoecimento humano (BATISTELA, 2007, p.32).

O espaço concebido é a forma que concebemos as formas de representação do espaço. Observa-se que categorizamos os diferentes espaços para compreendê-los. São espaços residenciais, de lazer, industriais, entre outras diferentes formas concebidas pela população. Na perspectiva da saúde das coletividades, essa abordagem se encaixa nas perspectivas dos movimentos higienistas nas políticas públicas. A derrubada dos cortiços no centro da cidade do Rio de Janeiro no início do século XX são formas de conceber o espaço e transformá-lo (concebe-lo) em outro espaço. Outro exemplo é que o esgoto sendo jogado por canos em um rio da Baixada Fluminense, cercado por habitações de população de baixa renda, causa mais estranhamento ao olhar

humano que as ligações clandestinas de esgoto nos canais e nas praias da zona sul da cidade do Rio de Janeiro, área com maior concentração de pessoas com maior poder aquisitivo.

Os espaços e os tempos de representação que nos envolvem e nos cercam em nossa vida cotidiana afetam por igual nossa experiência sensorial direta e como interpretamos e compreendemos as representações. (HARVEY, 2009, p. 143).

O espaço vivido, ou o espaço de representação “referem-se à forma como os seres humanos vivem – fisicamente, afetivamente e emocionalmente – nos espaços que encontramos e através deles” (HARVEY, 2009, p. 142). São espaços que podem ser afetivos ou não dependendo da sua configuração. O morador de uma comunidade pode não enxergar ou omitir situações problemas de saúde pública por ter relação emocional e afetiva com seu espaço de moradia. Essa concepção pode abarcar movimentos sociais que defendem determinados territórios de situações nocivas à saúde da população.

Por fim, assim como a tríade do espaço absoluto, relativo e relacional, a concepção Lefebvriana costura sua tríade de forma cristalizada. Essa relação é base para se compreender um espaço em devir, com possibilidade de transformação. A fragmentação dessas concepções é trabalhada de certa forma na ciência moderna, através de inúmeros exemplos, e no caso de grandes empreendimentos, cada concepção é utilizada para acumulação de capital através da exclusão social. O desafio de movimentos populares na criação de uma concepção de Vigilância Popular em Saúde perpassa por entender o espaço através da dialética abordada por uma geografia crítica em que seus expoentes estão citados neste trabalho.

Não nos damos conta das qualidades materiais dos arranjos espaciais que fazem parte do nosso cotidiano porque não deixamos de pensar neles. No entanto, através das rotinas que seguimos todos os dias, absorvemos um certo sentido de como as representações espaciais funcionam e construímos para nós próprios alguns espaços de representação. (HARVEY, 2009, p. 143).

A determinação socioespacial da saúde é uma construção intelectual com potencial revolucionário. Parte da necessidade de compreender na organização do espaço os processos de adoecimento relacionados as relações sociais de produção.

5.3 A historicidade da condição física do corpo

A determinação social da saúde com base em uma abordagem geográfica é escolha analítica sobre as condições de saúde das coletividades através da espacialidade dos fenômenos do processo saúde-doença. A teoria social desloca o objeto da saúde do indivíduo para a coletividade, tornando a condição de saúde como resultado das condições de vida em determinado contexto social. O pensamento crítico da realidade social através da saúde humana tem no movimento dialético um método que transita entre o indivíduo e o coletivo, compreendendo as marcas da organização social na condição biológica e na relação do corpo com o espaço (espaço vivido) e a composição da sociedade por meio da existência física e social dos sujeitos.

A saúde humana na perspectiva do ser social é uma análise ontológica, em que a literatura marxista fornece um caráter histórico, incorporado a dialética à análise do processo saúde-doença. De acordo com Souza (2016, p.339) “em geral, o termo ‘ontologia’ trazido ao debate em produções científicas da saúde se distancia da perspectiva ontológica radicalmente histórica e de caráter dialético”.

“Uma ontologia do ser social (filosofia) é, pois, condição prévia para a resolução de questões relativas ao conhecimento. Além disso, essa ontologia também é condição imprescindível para, em interação com a ciência, produzir um conhecimento adequado da realidade social. Na perspectiva ontológica marxiana, filosofia e ciência não são dois momentos separados ou apenas superficialmente relacionados. São dois momentos intrinsecamente articulados, que, sem perder a sua especificidade, constituem uma unidade indissolúvel no processo de produção do conhecimento científico” (TONET, 2013 p.76).

Os estudos com foco na saúde das coletividades têm o corpo como foco de análise e podem ser identificados em duas distintas correntes de pensamento. Por um lado, os modelos teóricos das ciências biomédicas analisam os sujeitos em sua individualidade, através da composição da biologia humana. E na outra ponta, as ciências sociais com foco nos fenômenos, onde o corpo faz parte de um conjunto de corpos, afetados igualmente pela determinação social. A transgressão dessa dicotomia se dá através de escolhas analíticas com base em uma ontologia do ser social no capitalismo para entender o processo saúde-doença através da historicidade da condição física do corpo.

A abertura da discussão encontra no homem genérico um instrumento analítico para entender a composição do ser social em sua individualidade e em seu cotidiano, onde se manifestam as condições de vida.

O homem é um ser genérico (*Gattungswesen*), não somente quando prática e teoricamente faz do gênero, tanto do seu próprio quanto do restante das coisas, o seu objeto, mas também – e isto é somente uma outra expressão da mesma coisa – quando se relaciona consigo mesmo como [com] o gênero vivo, presente, quando se relaciona consigo mesmo como [com] um ser *universal* [e] por isso livre (MARX, 2014 p.83)

A existência de um mundo objetivo e sua transformação através do trabalho onde a “elaboração da natureza inorgânica é a prova do homem enquanto ser genérico consciente, isto é, um ser que se relaciona com o gênero enquanto sua própria essência ou consigo enquanto ser genérico” (MARX, 2014 p.85). Agnes Heller (2008, p.20) afirma que “a vida cotidiana é a vida do indivíduo. O indivíduo é sempre, simultaneamente, ser particular e ser genérico”

O indivíduo (a individualidade) contém tanto a particularidade quanto o humano-genérico que funciona consciente e inconscientemente no homem. Mas o indivíduo é um ser singular que se encontra em relação com sua própria individualidade particular e com sua própria genericidade humana; e, nele, tornam-se conscientes ambos elementos (HELLER, 2008, p.22).

A relação entre particular e genérico na compreensão do indivíduo é caminho importante para subsidiar as propostas que buscam além da medicina tradicional, como exemplo a medicina social, a Medicina preventiva e a Medicina comunitária, entre outras, preconizadas por teóricos, organizações internacionais e programas de governo. De acordo com Foucault (2009):

“Pode haver um “saber” do corpo que não é exatamente a ciência de seu funcionamento, e um controle de suas forças que é mais que a capacidade de vencê-las: esse saber e esse controle constituem o que se poderia chamar a tecnologia política do corpo” (FOUCAULT, 2009, p.29).

A possibilidade de ir além da consulta médica, fragmentada pelas especialidades da medicina, e a dissolução da ideia determinista onde ocorrem as doenças (não negando a medicina), tem na indissociabilidade entre o particular e genérico um caminho dialético para uma construção epistêmica e de ações

As alternativas de ação social para populações em situação de vida precária compreendem a lógica de exclusão dos meios de produção e a possibilidade de transformação social. A condição física do corpo é uma

particularidade do indivíduo e a historicidade da condição física do corpo é uma condição do homem genérico. A apropriação de técnicas e saberes de saúde pública para prevenção da vida humana através de ações populares organizadas para proteção de grupos sociais é um encontro ao homem genérico.

A imersão na vida cotidiana não é a construção de uma via para entender os riscos à saúde humana, isso seria simplificar demais a potencialidade científica da categoria cotidiano nos estudos da saúde da coletividade. Este pensamento é hegemônico nos programas de saúde pública no cuidado à saúde e se apresenta através de representações de um corpo saudável, concretizada pela criação de estilos de vida ideais (atividades contra o sedentarismo, obesidade etc.), e nas mudanças das pequenas ações através de campanhas de educação e saúde (eliminação de focos de mosquitos, lixo nas ruas etc.). A análise do homem através da vida cotidiana é uma análise das possibilidades de ações do homem e de afirmação do ser, nas possibilidades de emancipação social através do controle e proteção da própria vida.

A pesquisa objetiva a compreensão do ser social, do corpo na sociedade e afirmação do homem em sua cotidianidade para contribuir na análise e intervenção no adoecimento de grupos sociais. Lukács (2013, p.47) afirma ser através do trabalho, que se realiza o pôr teleológico, onde é “uma experiência elementar da vida cotidiana de todos os homens, tornando-se isso um componente imprescindível de qualquer pensamento, desde os discursos cotidianos até a economia e a filosofia”.

A construção do ser social tem a categoria trabalho como indispensável para entender as relações de consciência dos sujeitos sobre sua realidade. Para Györgio Lukács (2013, p.61) “o trabalho é a única forma existente de um ente teleologicamente produzido, que funda, pela primeira vez, a peculiaridade do ser social”. A consciência da realidade através do trabalho na perspectiva da transformação da natureza e nos efeitos das ações humanas no corpo são formas de compreensão da saúde humana como resultado do trabalho, e não como resultante de parâmetros mágicos e religiosos. Uma epidemia de dengue é relacionada aos modos de transformação da natureza pelo trabalho, na formação das cidades que resultaram na proliferação de vetores (mosquito transmissor da doença), não sendo resultante de uma peste divina ou de uma vontade de deus.

As representações da realidade são fundamentais na separação do homem e meio, Lukács (2013) as denomina como espelhamento. O que é reproduzido na consciência do ser não é a realidade em si, mas a reprodução de algo não semelhante ou idêntico. Aqui podemos compreender haver o Ser e o seu espelhamento na consciência.

No espelhamento da realidade como condição para o fim e o meio do trabalho, se realiza uma separação, uma dissociação entre o homem e seu ambiente, um distanciamento que se manifesta claramente na confrontação entre sujeito e objeto. (LUKÁCS, 2013, p.66).

Ao trazer para análise da saúde humana o debate do espelhamento e representação da realidade, buscamos delinear o homem na produção de sua saúde. O espelhamento leva um indivíduo ao contato com situações de risco a saúde humana sem haver uma repulsa ou aversão. Quando vamos ao mercado nos deparamos com tipos diferentes de produtos, adquirimos alimentos industrializados de rápido cozimento contando ser mais adaptável ao modo de vida urbano sem questionar a qualidade dos produtos para o corpo humano. Outra questão são as formas de vida urbanas, cunhadas como ponta da modernidade (ou da pós-modernidade), lugar das possibilidades da vida, mas esconde o fato da aglomeração e segregação populacional na promoção da acumulação capitalista. Não é prioridade refletir sobre os efeitos da concentração humana na cidade, como poluição, falta de acesso à moradia, problemas sociais urbanos, o que de fato ocorre é o foco na maximização do valor de troca da produção através da configuração espacial na cidade, ou seja, aumento do valor da terra, disponibilidade de trabalhadores de baixo custo, ampliação do consumo, etc.

O trabalho emerge na mediação consciente da realidade, diferentemente do instinto biológico. O que poderia ser um triunfo da consciência humana é preciso considerar o por teleológico na perspectiva das mediações no capitalismo. Sobre isso Mészáros (2002) relaciona com os objetivos feiticistas da produção, onde as necessidades humanas são condicionadas à expansão e acumulação de capital.

O corpo na cidade capitalista do século XXI é composto por “marcas e feridas” resultantes da vivência no espaço urbano, produzido com foco na acumulação do capital em detrimento da qualidade de vida da população que vive à cidade. O ambiente urbano é marcado por doenças endêmicas, vetores de doenças, poluição, entre tantos outros problemas urbanos que afetam a saúde

humana. “Em nossos “tempos pós-modernos”, porém, parece cada vez mais evidente que esse corpo ficou obsoleto. Já não são aqueles os ritmos, os gestos e os atributos que hoje estão em alta, no mercado laboral ou em qualquer outro” (SIBILA, 2015, p. 239). O corpo necessita se adaptar as novas sociabilidades, e as doenças são um sinal que essa adaptação deixa marcas no indivíduo.

Essa carência dos sentidos tornou-se ainda mais notável nos tempos modernos em que tanto se privilegiam as sensações do corpo e a liberdade de movimentos. Minhas investigações sobre como o espaço pode tolhê-las sinalizaram um problema que de início parecia falha profissional – em seus projetos, urbanistas e arquitetos modernos tinham de alguma maneira perdido a conexão com o corpo humano. (SENNETT, 2008, p.15)

A relação entre corpo e trabalho no século XXI nos remete a necessidade de eficiência imposta pelo sistema capitalista. A necessidade da produção constante no mundo atual aprisiona o corpo enquanto força de trabalho. As relações de poder na lógica capitalista tornam o corpo útil para a produção, onde só é possível através da submissão da mão de obra. A possibilidade da saúde pública tencionar com esse mecanismo é através controle da relação trabalhador-empregador. A saúde do trabalhador compõe a Vigilância em Saúde, que busca através de legislação e normas técnicas o cuidado com os riscos à saúde humana no processo de produção. Mas não deve se limitar a isso. Em locais onde há organização da classe trabalhadora, há possibilidade da correlação de forças com o empregador, para assim, desenvolver no processo de negociação uma ampla pauta de benefícios e garantias relacionadas à renda e acesso a serviços de saúde e educação que podem promover uma melhora na qualidade de vida do trabalhador.

O corpo só se torna útil se é ao mesmo tempo corpo produtivo e corpo submisso. Essa sujeição não é obtida só pelos instrumentos da violência ou da ideologia; pode muito bem ser direta, física, usar a força contra a força, agir sobre elementos materiais sem no entanto ser violenta; pode ser calculada, organizada, tecnicamente pensada, pode ser sutil, não fazer uso de armas nem do terror, e no entanto continuar a ser de ordem física. (FOUCAULT, 2009, p.29)

O corpo é considerado homem-máquina, em alusão a ideia de eficiência na cadeia produtiva que é imposta ao trabalhador. É uma condição que é física e serve a expropriação do trabalho por quem detém os modos de produção e o poder na complexa organização capitalista.

O homem-máquina dotado de uma interioridade psicológica, aquela entidade misteriosa e intangível, porém relativamente fixa e estável, que era

considerada mais valiosa e verdadeira do que as vãs aparências projetadas pela enganosa epiderme. (SIBILA, 2015, p. 240).

E para se tornar homem-máquina, constrói a perspectiva do corpo estável e a sua submissão, sem questionamentos ou ações transformadoras de sua realidade.

“O Homem-máquina” de La Mettrie é ao mesmo tempo uma redução materialista da alma e uma teoria geral do adestramento, no centro dos quais reina a noção de “docilidade” que une ao corpo analisável o corpo manipulável. É dócil um corpo que pode ser submetido, que pode ser utilizado, que pode ser transformado e aperfeiçoado. (FOUCAULT, 2009, p.132)

O corpo no mundo capitalista deve ser estável enquanto condição da saúde humana, não pode adoecer e parar a cadeia produtiva, pois se adoecer é substituído por outro corpo. Essa estrutura de relações sociais é responsável pela explosão de casos de doenças crônicas e neurológicas afetadas pela falta de tempo para cuidado e acompanhamento destas enfermidades. A divisão social do trabalho é determinante para identificar os níveis distintos de precariedade que tem sua maior relação nas atividades laborais de trabalhadores ao nível de pobreza. Os postos de trabalho com baixa remuneração são ocupados por trabalhadores que vivem em condições de precariedade extrema próxima as áreas centrais onde há a oferta de emprego ou em condições de precariedade em localidades distantes com péssimo serviço de mobilidade.

Nessa perspectiva a criação de espaços funcionais para controle dos corpos nas cidades. “lugares determinados se definem para satisfazer não só à necessidade de vigiar, de romper as comunicações perigosas, mas também de criar um espaço útil” (FOUCAULT, 2009, p.132). Isso se realiza através de parâmetros administrativos, legislação urbana, planos urbanísticos, distribuição da cadeia de produção etc, materializadas através das segregações espaciais. Nessa perspectiva, é prioritária ao conjunto da sociedade a valorização da coisa, do produto, em detrimento do homem, do corpo e da vida humana.

Concretamente, esse poder sobre a vida desenvolve-se a partir do século XVII, em duas formas principais; que não são antitéticas e constituem, ao contrário, dois pólos de desenvolvimento interligados por todo feixe intermediário de relações. Um dos pólos, o primeiro a ser formado, ao que parece, centrou-se no corpo como máquina: no seu adestramento, na ampliação de suas aptidões, na extorsão de suas forças, no crescimento paralelo de sua utilidade e docilidade, na sua integração em sistemas de controle eficazes e econômicos – tudo isso assegurado por procedimentos de poder que caracterizam as disciplinas: anátomo-política do corpo humano. O segundo, que se formou um

pouco mais tarde, por volta da metade do século XVIII, centrou-se no corpo-espécie, no corpo transpassado pela mecânica do ser vivo e como suporte dos processos biológicos: a proliferação, os nascimentos e a mortalidade, o nível de saúde, a duração da vida, a longevidade, com todas as condições que podem fazê-los variar; tais processos são assumidos mediante toda uma série de intervenções e controles reguladores: uma bio-política da população. As disciplinas do corpo e as regulações da população constituem os dois pólos em torno dos quais se desenvolveu a organização do poder sobre a vida. (FOUCAULT, 1988, p.131)

A biopolítica e o biopoder de Michael Foucault são conceitos que auxiliam na formulação da historicidade da condição física do corpo como instrumento analítico teórico-prático. É teórica, como base conceitual para leitura da realidade e é prática porque identifica os movimentos de opressão-insurgência através da condição orgânica do corpo.

O homem ocidental aprende pouco a pouco o que é ser uma espécie viva num mundo vivo, ter um corpo, condições de existência, probabilidade de vida, saúde individual e coletiva, forças que se podem modificar, e um espaço em que se pode reparti-las de modo ótimo. Pela primeira vez na história, sem dúvida, o biológico reflete-se no político. (FOUCAULT, 1988 p.134)

E, além disso, a condição de saúde não é um fenômeno a-histórico como já afirmará Laurell (1982, p.8) “não é possível focalizar a normalidade biológica do homem à margem do momento histórico”.

Se pudéssemos chamar “bio-história” as pressões por meio das quais os movimentos da vida e os processos da história interferem entre si, deveríamos falar de “bio-política” para designar o que faz com que a vida e seus mecanismos entrem no domínio dos cálculos explícitos, e faz do poder-saber um agente de transformação da vida humana. (FOUCAULT, 1988, p.134)

A história analisada através do materialismo histórico dialético tem no componente econômico-social a materialidade das formas que determinam as relações sociais do tempo-histórico. Com base na literatura marxista crítica, as relações de poder são entendidas como relações conflituosas entre classes sociais, verdadeiramente, as classes subalternizadas com a classe soberana.

As ideias da classe dominante são, em cada época, as ideias dominantes, isto é, a classe que é a força material dominante da sociedade é, ao mesmo tempo, sua força espiritual dominante. A classe que tem à sua disposição os meios da produção material dispõe também dos meios da produção espiritual, de modo que a ela estão submetidos aproximadamente ao mesmo tempo os pensamentos daqueles aos quais faltam os meios da produção espiritual. As ideias dominantes não são nada mais do que a expressão ideal das relações materiais dominantes, são as relações materiais dominantes apreendidas como ideias; portanto, são a expressão das relações que fazem de uma classe a classe dominante, são as ideias de sua dominação. (MARX E ENGELS, 2007, p.101)

O poder e suas formas de manifestação na sociedade devem ser analisados em sua transescalaridade para que uma concepção da Vigilância Popular em Saúde seja construída compreendendo os limites e potencialidades da práxis socioespacial. “O recurso de pensar a escala permite analisar o fenômeno a partir da medida da sua significância, isto é, da extensão que lhe dá sentido (CASTRO, 2014, p.88). O conceito de escala é “largamente utilizado no âmbito da saúde pública a partir de uma concepção material, que não traduz a realidade dos sujeitos e do ambiente em consonância com a ação” (MATSUMOTO E D’ANDREA, 2019, p.3826).

5.4

Práticas espaciais emancipatórias

A Vigilância Popular em Saúde é uma práxis socioespacial em saúde, uma ação transformadora que busca uma organização espacial onde os sujeitos tenham autonomia sobre os processos que causam o adoecimento. Parte da ideia de monitoração social para controle das condições de saúde humana. Posiciona o ser social em sua historicidade e em sua espacialidade, sendo assim um instrumento analítico para compreender as determinações das condições físicas do corpo na perspectiva das práticas espaciais emancipatórias.

As experiências da Vigilância Popular em Saúde apresentaram as práticas espaciais de agentes sociais envolvidos na construção de uma alternativa de ação em saúde pública. As experiências também evidenciaram o papel de atores sociais através de meios de acumulação de capital na produção da segregação espacial promovida pela espoliação do espaço. “As práticas espaciais constituem ações espacialmente localizadas, engendradas por agentes sociais concretos, visando a objetivar seus projetos específicos” (CORRÊA, 2007 p.68).

Para entender as práticas espaciais emancipatórias são preciso compreender as práticas espaciais de agentes sociais hegemônicos. Os movimentos da análise dialética entre hegemonia/contra-hegemonia, dominação/resistência e soberania/emancipação permitiram construir uma concepção crítica da vigilância da saúde humana.

Os mecanismos de opressão não se limitam aos meios de acumulação e sua (re)produção espacial. A opressão por raça, gênero, etnia, classe social aprofundam a submissão do corpo à complexidade social do capitalismo. A colonialidade e o imperialismo como hegemonia social em uma escala ampla,

materializa-se no cotidiano aprofundando os problemas de saúde de grupos subalternos, através da opressão patriarcal, racista, xenofóbica e classista.

É preciso destacar antes de prosseguir com a crítica que a análise de uma revisão bibliográfica é parte da realidade mediada pela análise feita pelos autores citados. Os textos analisados apresentam elementos para análise e discussão de uma prática espacial emancipatória, e podem ser relacionados a uma emergência em saúde como nos trabalhos de Latgé, Araujo e Silva Junior (2020) Carneiro e Pessoa (2020) Bonetti (2021) na perspectiva da COVID-19, de Pacs, JnT e Fiocruz (2017) e Carvalho, et al. (2021) sobre populações expostas a atividades da indústria siderúrgicas, Aguiar e Rigotto (2019) no enfrentamento a síndromes relacionadas a exposição de agrotóxicos, e Alves (2013) em áreas com contaminação oriundas a atividade de mineração. Também discutem a precarização da vida em espaços de pobreza como nas favelas da cidade do Rio de Janeiro em Cunha et al. (2018), Sevalho (2016) e Guimarães, et al. (2011) e em áreas rurais no Pontal do Paranapanema em São Paulo através de Moreno e Guimarães (2019).

A análise tem início no conceito que difere a vigilância formal com a vigilância emancipatória analisada nos textos. O “Popular” é um conceito em que sua utilização pode conter armadilhas que levem a análise para uma generalização. Relaciona-se diretamente ao povo, como exemplo o mercado popular, farmácia popular, comércio popular, cultura popular, música popular, entre outros. Na literatura científica, a obra de Paulo Freire buscou construir uma educação popular com base nas experiências de formação do povo oprimido. Há no conceito de popular um processo que é a revelia dos movimentos hegemônicos da sociedade. O popular está no subversivo, no subalterno e no oprimido. Está também no irreconhecível, no invisível, no inconveniente e no injustiçado. O popular é espacialmente situado (espaços da pobreza, nos espaços desiguais) e territorialmente contextualizado (Territórios de favelas, periferias urbanas, de povos camponeses, em comunidades tradicionais, quilombos e aldeias indígenas). O popular não tem um único corpo (é negro, mulher, transgênero, cis gênero). Com isso, o popular não é uma unidade, mas também é uma unidade enquanto conjugado a uma ação contra-hegemônica.

As limitações que envolvem a busca por uma unidade política de determinado grupo social são observadas nos trabalhos que desenvolveram suas ações baseadas na Vigilância Civil da Saúde (SEVALHO, 2016; GUIMARÃES, et al., 2011). O uso do termo “Civil” generaliza e exclui sujeitos

dos territórios onde as experiências se desenvolveram, ou seja, favelas da zona norte da cidade do Rio de Janeiro. A organização da sociedade exclui da condição de civilidade parte dos sujeitos que vivem nessas comunidades. Com isso, uma necropolítica de Estado promove um incremento na taxa de mortalidade nessa região, seja por causas externas (violência) ou por um adoecimento crônico resultante da privação de direitos.

Nas favelas do Rio de Janeiro onde as experiências da Vigilância Civil da Saúde foram realizadas (Complexo de favelas da região da Leopoldina, zona norte) e também de Vigilância Popular em Saúde, como o caso da ação realizada Manguinhos/RJ observada em Cunha et al. (2018), a ideia de classe popular ou grupo subalterno precisa ser qualificada. A determinação socioespacial da saúde é baseada na segregação espacial dos sujeitos, que no Brasil ainda é marcada pelo colonialismo em sua face moderna. O trabalho de Latgé, Araujo e Silva Junior (2020) demonstra como romper com a generalização do popular dando o protagonismo adequadamente aos sujeitos que são centrais ao processo de adoecimento.

Partindo do entendimento que processos de opressão vêm inundados de racismo e preconceitos sociais, e que com a COVID-19 não seria diferente, a proposta de ação com os jovens comunicadores foi estruturada de forma a montar redes territorializadas/comunitárias de comunicação popular tendo como base a Frente Papagoiaba de Promoção dos Direitos da Juventude Negra, constituída por movimentos e organizações sociais de Niterói e São Gonçalo. São movimentos sociais, instituições e jovens comunicadores buscando construir aproximações comunitárias em tempos de isolamento e apagamento do espaço comum. (LATGÉ, ARAUJO E SILVA JUNIOR, 2020 P.125)

O protagonismo de sujeitos na realização de ações não deve criar sectarismos em grupos sociais. Os moradores de favelas compõem um grupo subalterno caracterizado por um modelo de opressão identificado pela análise do contexto social local. A organização espacial é ponto fundamental para compreender a dinâmica do popular, com suas especificidades. A Vigilância Popular em Saúde é uma prática espacial por promover uma vigilância que articule conhecimentos populares e científicos como uma ação de proteção de um coletivo em sua espacialidade. No caso da ação em favelas cariocas, não se deve negligenciar todo conhecimento de matriz africana, seja religioso, cultural, artístico e intelectual na produção de ações para vigilância da saúde.

Já na Chapada do Apodi, no Ceará, Aguiar e Rigotto (2019) propõem uma Vigilância Popular em Saúde na perspectiva dos casos de crianças com más-

formações congênitas graves em área com problemas de contaminação ambiental e ocupacional por agrotóxicos. Esta experiência teve a participação das mães como foco de pesquisa e posterior mobilização para apropriação dos resultados para fornecer subsídios às mobilizações comunitárias frente à exposição aos agrotóxicos. O protagonismo das mulheres nas etapas da pesquisa foi fundamental para incorporar os sujeitos no debate e transformá-los em atores da transformação da realidade social.

No processo de articulação de saberes populares com científicos, a assimetria entre os saberes pode ser uma armadilha que descaracteriza a realização de uma Vigilância Popular em Saúde. A pesquisa-ação, a divulgação científica e a popularização da ciência são atividades acadêmicas amplamente desenvolvidas e consolidadas na academia. O trabalho de Vigilância Popular em Saúde realizado em áreas próximas de Complexos Siderúrgicos de Piquiá de Baixo/MA e Santa Cruz/RJ também assume uma característica de transmissão de conhecimento para a população realizar a Vigilância Popular em Saúde (CARVALHO, et al., 2021; PACS, JNT e FIOCRUZ, 2017).

Para debater a relação da transmissão do conhecimento é necessário partir de dois pontos de vista: O primeiro, os sujeitos foram envolvidos na produção de uma tecnologia que os fornece autonomia para replicar e aprimorar. E um segundo ponto, institutos de pesquisa produziram as tecnologias para fornecer para a comunidade realizar suas ações. No primeiro ponto, busca-se o caminho para emancipação humana onde sujeitos além de dominar a técnica, a produzem de acordo com suas experiências do vivido, articulando saberes ancestrais, culturais, espirituais, étnicos na produção de técnicas de monitoramento, realizando de fato uma prática espacial emancipatória. No segundo ponto, os sujeitos tornam-se receptivos às novas tecnologias produzidas por pesquisadores e baseadas em saberes científicos. É um método tradicionalmente aplicado em pesquisas críticas e contribuiu para muitas ações que melhoraram a vida de grupos subalternos.

A articulação de saberes que caracteriza a Vigilância Popular deve considerar um processo horizontal e dialético, onde saberes estão colaborativamente em articulação. As experiências que pensaram a formação em Vigilância Popular em Saúde (BONETTI, 2021) ou uma ação voltada para o ensino básico (MORENO E GUIMARÃES, 2019) assumem um risco de apenas transmitir o conhecimento técnico-científico para a população. Este método é aplicado através da educação formal e da educação profissional, com base

crítica, sem se denominar como uma vigilância popular ou participativa. É preciso nestes casos, pensar numa verdadeira articulação de saberes, dialogicamente com os saberes populares e científicos, produzindo ações como a construção compartilhada de uma proposta curricular e de materiais didáticos. Outra questão é identificar para compor o corpo docente da formação, atores sociais com conhecimento reconhecido na comunidade, os verdadeiros anciões que detém grande parte dos saberes ancestrais, e também os jovens que desenvolvem através da criatividade, sem negar os métodos tradicionais, os movimentos culturais para expandir o conhecimento comunitário.

A técnica provém do processo de ambientalização, territorialização e enraizamento cultural que decorre do processo de seletividade. Historicamente, ela tem origem na relação das comunidades humanas com seu meio geográfico e surge por conseguinte num estado de equilíbrio com ele. Essa relação de interioridade da técnica com seu meio geográfico de origem a faz cumprir com equilíbrio seu papel na mediação. (MOREIRA, 2010 p.84)

O desenvolvimento de técnicas e instrumentos para a Vigilância Popular em Saúde é uma perspectiva importante para pensar em um viés de ação emancipatória. Uma dessas formas de ação é observada no monitoramento pelos próprios sujeitos contaminados na experiência realizada em áreas próximas a plantas industriais de siderúrgicas (CARVALHO, Et al., 2021; PACS, JNT E FIOCRUZ, 2017). Para introdução dos sujeitos na ação “foi realizada em Piquiá, com jovens das duas comunidades, a oficina ‘Vigilância Popular em Saúde e ambiente: monitoramento comunitário de materiais particulados na atmosfera’” (CARVALHO, Et al., 2021 p.3638). Para realização do monitoramento foi utilizado um monitor adquirido pelo projeto institucional, ou seja, as instituições fizeram o papel de captação de recursos.

Para a realização do MAC foi utilizado o equipamento monitor de qualidade do ar da marca Dylos, modelo DC 1700 (Dylos Corporation, CA/EUA). Foram adquiridas duas unidades desse monitor, a partir de recursos captados pelo PACS, e a escolha do modelo de equipamento se deu pelo baixo custo e por sua fácil operação (CARVALHO, et al., 2021 p.3638)

O uso de equipamentos tecnológicos necessários para vigilância e monitoramento para ação da Vigilância Popular em Saúde aponta para uma limitação enquanto ação emancipatória. Os avanços tecnológicos estão no controle de empresas privadas, o que restringe o acesso à necessidade de aporte financeiro. A prática espacial emancipatória é um devir para emancipação e ainda é um processo em construção. Com isso, esta limitação no poder da ação pode ser desconstruído por ações específicas: a) Formação: Descrita na

ação de monitoramento ambiental citada. Os sujeitos se apropriam das tecnologias para uso da comunidade. Incrementa a mobilização comunitária, mas não promove uma autonomia dos sujeitos por manter a dependência do acesso a tecnologias a disponibilidade e financiamento. b) Apropriação: É um avanço nas ações realizadas na formação. Além de compreender o uso e aplicação da tecnologia, incorpora os sujeitos na produção, o que permite a possibilidade de replicar a fabricação da tecnologia na comunidade. Há uma conquista de autonomia, porém a apropriação é condicionada à vontade política do detentor do conhecimento. c) Produção: Potencializa o desenvolvimento de técnicas populares para suprir as ausências de conhecimento para monitoramento e vigilância. É a ação mais desafiadora por radicalizar a busca pela emancipação humana.

A visibilidade da produção de conhecimento popular na perspectiva na produção de tecnologias sociais complexas, como observado em muitos casos como na adaptação do maquinário na produção agrícola, na mecânica de motores em oficinas locais, na produção de energia elétrica em locais de escassez, entre outras experiências populares, ou seja, a revelia dos meios de produção hegemônicos. Nesse contexto, mas exemplificado através de exemplos para saúde humana, observa técnicas para controle de doenças por vetores como telas e soluções aromáticas, saneamento por iniciativa comunitária como armazenamento de água e sistema ecológico de esgotamento, entre outras soluções que buscam a manutenção da existência humana e são invisibilizados ou desacreditados. A análise deste ponto é o que Boaventura de Souza Santos irá denominar sociologia das ausências:

O objectivo da sociologia das ausências é transformar objectos impossíveis em possíveis e com base neles transformar as ausências em presenças. Fá-lo centrando-se nos fragmentos da experiência social não socializados pela totalidade metonímica. O que é que existe no Sul que escapa à dicotomia Norte/Sul? O que é que existe na medicina tradicional que escapa à dicotomia medicina moderna/medicina tradicional? O que é que existe na mulher que é independente da sua relação com o homem? É possível ver o que é subalterno sem olhar à relação de subalternidade? (SANTOS, 2002 p.246)

As práticas espaciais emancipatórias são compostas pelos movimentos de grupos subalternos para r-existência em um sistema econômico e social que os inviabiliza e os impõe uma prática espacial hegemônica. A segregação socioespacial, a fragmentação do espaço e a determinação socioespacial da saúde são resultados dos processos complexos de acumulação de capital. Uma prática espacial emancipatória é quando um grupo social age a revelia da prática

especial instituída. A emancipação humana é um anseio quando há uma ação de Vigilância Popular em Saúde para romper com processos de adoecimento em curso por conta das condições da vida.

Nesse aspecto que esta tese propõe que a Vigilância Popular em Saúde seja uma prática espacial contra-hegemônica, que promova autonomia frente aos processos de acumulação, atue contra as diversas formas de opressão sobre os indivíduos, articule horizontalmente os diversos saberes, resgate a importância do conhecimento popular e uma ação protagonizada por grupos subalternos.

6 Considerações Finais

A tese desta pesquisa aponta que “a Vigilância Popular em Saúde é uma proposta para emancipação humana, um devir no qual grupos subalternos apropriam-se de mecanismos de biopoder para soberania sobre seus corpos”. O tratamento desta tese ao longo dos capítulos desenvolveu-se através de movimentos analíticos baseados no método do materialismo histórico dialético. Além de situar a pesquisa em um momento histórico e socialmente determinado, a tese afirma a realização de uma prática espacial emancipatória que indica a superação do tempo presente.

A Vigilância Popular em Saúde é uma abstração teórica. É um termo que surge em um processo de abstração da realidade para sua compreensão. É uma categoria que abrange três conceitos importantes e debatidos nesta tese: a Vigilância, o Popular e a Saúde. E com isso há um caráter complexo em sua construção, pois é preciso compreender o que está por trás do termo, ou seja, os aspectos políticos e conceituais de cada conceito que servem para identificar o caráter emancipatório.

A Vigilância Popular em Saúde é uma concepção alternativa ao modelo hegemônico do pensar a saúde humana através de modelos médico-centrados. Nesta tese, o caminho para a emancipação humana precisa perpassar pelo protagonismo dos sujeitos no planejamento e execução de ações para controle da situação de saúde. Entretanto, estas ações precisam ter base na transformação da realidade social. Não trata apenas de evitar uma contaminação, um contágio ou um adoecimento crônico, mas questionar os meios que promovem os riscos ao adoecimento humano e sua seletividade socioespacial.

Nas sociedades capitalistas a fragmentação do espaço produz espaços de pobreza onde os problemas de saúde atrelados aos meios de acumulação de capital materializados através de práticas espaciais hegemônicas. Esta problemática fica explícita no trabalho de Aguiar e Rigotto (2019 p.120):

Muitas comunidades da Chapada do Apodi (CE) foram relegadas a verdadeiras ‘zonas de sacrifício’, pois o território no qual os(as) moradores(as) e suas famílias vivem foi transformado em um lugar insalubre, onde abundam os problemas de contaminação ambiental e ocupacional por agrotóxicos, além de outras consequências negativas à saúde, desencadeadas pela implantação de grandes empresas, tais como o aumento do fluxo migratório de homens para a

região, acarretando na elevação da incidência de doenças sexualmente transmissíveis, em prostituição e em gravidez na adolescência. Houve também o aumento do comércio e do uso de substâncias ilícitas, culminando em elevação das taxas de violência e, por fim, na própria violência perpetuada pelos conflitos entre essas empresas e as lideranças comunitárias da região, os quais já engendraram desfechos trágicos, como o assassinato do líder comunitário Zé Maria do Tomé.

Em um mundo fragmentado, em uma hierarquia entre classes sociais, como grupos subalternizados vivendo em espaços onde a acumulação por espoliação produziu condições desfavoráveis de sobrevivência podem buscar um processo para emancipação humana através de ações de Vigilância Popular em Saúde? A Vigilância Popular em Saúde é um processo, um devir, uma construção coletiva entre outras plataformas de luta. Somente uma ação como ela não promove a transformação da sociedade, entretanto, sem ela, tampouco é possível alcançar uma transformação social. É uma questão dialética que aponta para a natureza da organização popular pela saúde. As práticas espaciais emancipatórias são um conjunto de ações que envolvem uma produção ontológica da realidade social, ou seja, a transformação do ser social é uma transformação da totalidade do ser social, em todas as esferas da vida humana.

A soberania de grupos subalternos através de uma realidade fragmentada, onde a Saúde é dissociada de temas relevantes para existência humana, torna um grupo subalterno realmente soberano? Trata-se de uma questão que no contexto social é escalar. Nos processos mais locais de domínio das ações no cotidiano é uma escala de disputa dos grupos subalternos. O maior controle das condições de vida de uma comunidade é uma ação de grupos para proteção, seja de forma pontual no tempo e no espaço, ou enquanto movimento que contribui para derrubada do poder em escalas amplas, até o capitalismo enquanto ordem metabólica na sociedade ocidental. Os movimentos sociais históricos e as grandes mobilizações populares tiveram condições de desacelerar a acumulação capitalista em determinados momentos e espaços na história do Brasil. Destaca-se o Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST) no avanço da reforma agrária e na produção rural baseada na agricultura familiar e no modelo agroecológico. Destaca-se também as mobilizações para Reforma Sanitária Brasileira que contribuíram para constituição do Sistema Único de Saúde, o sistema público mais avançado em parâmetros humanitários na história mundial. Essas ações não possibilitaram uma transformação social em uma escala ampla, mas contribuíram e continuam contribuindo para o caminho para essa transformação. A Vigilância Popular em Saúde é um dos

caminhos possíveis despertado em grupos sociais para possibilidade utópica para transformação social.

É preciso ainda indagar como a radicalização democrática das práticas espaciais emancipatórias da saúde atua sem enfraquecer as conquistas populares pelo direito à saúde através do Estado? Uma luta popular não deve enfraquecer outra luta popular. São movimentos necessários para uma transição para uma sociedade mais justa, ou seja, uma alternativa ao Estado e uma ação para fortalecimento do Estado são formas de organização da sociedade que busca o enfraquecimento dos mecanismos de opressão e controle na ordem sociometabólica do capital.

Os trabalhadores da saúde são atores fundamentais para realização das práticas espaciais para emancipação humana. Os trabalhadores da saúde que podem ser Médicos, Enfermeiros e Técnicos de enfermagem, mas também, Agentes Comunitários de Saúde, Agentes de Controle de Endemias, Técnicos de Vigilância em Saúde, e muitas outras funções/ocupações são atores nos espaços de grupos subalternos e não são objetos da burocracia estatal. Muitos residem em comunidades sujeitas a precarização da vida pela negação de direitos básicos e podem ser mediadores entre as ações instituídas no Estado e a ação popular. É evidente que esses atores têm limitações acerca do poder de ação, entretanto na escala do cotidiano são fundamentais para o compartilhamento de conhecimento e articulação com as ações estatais.

Em uma sociedade que adoce as pessoas através das desigualdades socioespaciais, é necessário questionar quais são os limites da condição física do corpo em uma situação de precariedade? Questionamos o conceito positivo, utópico e perfeito da saúde elaborado pela Organização Mundial da Saúde como um *completo bem-estar físico, mental e social*. Na sociedade ocidental onde a tensão entre capital e trabalho produz um estado permanente de precarização da vida. Nesse sentido, quais são esses limites? Qual é o limite de sobrevivência de quem vive um racismo estrutural em favelas e periferias urbanas? O limite de mães de crianças que nascem com doenças relacionadas aos efeitos da exposição de agrotóxicos? Qual é o limite de quem só tem como possibilidade de alimentação o pescado contaminado por atividade de mineração? Qual é o limite humano de quem vivencia uma crise sanitária e social de forma permanente como a tuberculose em espaços de pobreza? Entre a situação precária e o óbito há uma possibilidade de r-existência, o que esta tese confirma como um caminho através da Vigilância Popular em Saúde.

É necessário indagar quais são os sujeitos onde a ordem social torna necessária a organização coletiva para soberania sobre a saúde humana? A opressão aos subalternos é articulada de forma diferenciada. As questões de raça, gênero e etnia são fundamentais para compreender as injustiças que levam ao adoecimento humano. A Vigilância em Saúde do Estado generaliza os corpos na produção de informações em saúde, subjugando o caráter desigual que uma doença ou uma epidemia atinge os diferentes corpos. Um novo caminho para saúde pública passa por um rompimento de uma lógica hegemônica que vá além da crítica ao modelo biomédico. É uma crítica descolonial e popular de pensar saúde de baixo para cima, pelos povos subalternos, pelos diversos grupos identitários e pelos diversos corpos oprimidos.

E o que vem após esta tese? É um questionamento que toda pesquisa procura realizar ou pelo menos as que consideram que o estudo não é nada acabado e está situado em seu tempo e espaço. As reflexões colocadas neste estudo busca contribuir para abertura de um campo de pesquisa que surge no Brasil nos anos de 1990 com as ideias de Victor Valla sobre a Vigilância Civil da Saúde, e começa a ser resgatada por diversos autores como foi perceptível na revisão bibliográfica desta pesquisa. Com isso, pretende-se que este trabalho contribua com pesquisadores e pesquisadoras engajadas na Vigilância Popular em Saúde na construção de uma concepção teórica-metodológica para compreender os movimentos da sociedade para autonomia sobre seus corpos através da vigilância.

Há também o desejo de que grupos subalternizados, movimentos e organizações sociais tenham a possibilidade de absorver estas reflexões para ampliar um movimento de soberania sobre seus próprios corpos. Não basta enviar um arquivo, publicar um texto acadêmico ou divulgar em redes sociais. O que proponho é um compromisso pessoal no desenvolvimento de interações com estes povos, seja de forma institucional participando de projetos de pesquisa e extensão, ou na perspectiva da (re)construção do político como caminho emancipatório através da participação nos debates contemporâneos com os movimentos e organizações da sociedade.

A Geografia tem um grande desafio pós-pandemia. Passamos por um período onde as relações cotidianas são reduzidas a troca de mensagens por conta da disseminação de uma doença e a Vigilância em Saúde começa a ser debatida no senso comum. Termos como isolamento social, quarentena, barreira

sanitária, evolução das doenças por entes federativos, restrições sanitárias em localidades, entre outros termos que são fundamentalmente do controle do espaço. Com isso, essa pesquisa contribui como um olhar dentre os diversos olhares desenvolvidos por geógrafos e geógrafas sobre o tema da saúde. É uma perspectiva da Geografia Crítica para emancipação de grupos subalternizados.

Esta pesquisa foi desenvolvida no plano teórico. As reflexões aqui colocadas podem compor uma pesquisa empírica em territórios de povos subalternizados pela organização espacial da sociedade capitalista. As possibilidades de avanços empíricos estão em: como tornar a organização comunitária uma ação contínua através da Vigilância Popular em Saúde? Como organizar e planejar a ação coletiva de acordo com esta reflexão? Quais instrumentos e tecnologias compõem as práticas da Vigilância Popular em Saúde? São questões que podem ser ampliadas e traduzidas em estudos posteriores por este autor ou por prováveis leitores deste trabalho.

E por fim, a Vigilância Popular é uma prática espacial que busca promover a soberania de povos subalternos em espaços da pobreza. É um dever, um processo de permanente construção e que não se finda com a mudança do tempo histórico, permanece como ação de vigilância da saúde para enfrentamento do adoecimento por conta da transformação da natureza pelo homem. É uma ação de soberania sobre o corpo de povos subalternizados, emancipando o indivíduo através do corpo, possibilitando acabar com os mecanismos de opressão da sociedade capitalista.

7

Referências Bibliográficas

AGAMBEN, G. **O Paradoxo da Soberania. Homo sacer, o poder do soberano e a vida nua I**. Belo Horizonte: editora da UFMG, 2010.

AGUIAR, A. C. P.; RIGOTTO, R. M. Vulnerabilização e violações de direitos na Chapada do Apodi (CE): fortalecendo a vigilância popular em saúde no enfrentamento ao agronegócio. In: SOUZA, M. M. O.; FOLGADO, C. A. R. (Org.). **Agrotóxicos e agroecologia: enfrentamentos científicos, jurídicos, políticos e socioambientais**. Anápolis: UEG, 2019.

ALCANTÂRA, N. **Lukács: ontologia e alienação**. São Paulo: Instituto Lukács, 2014.

ALLONZI, A. M. et al. As Condições de Saúde no Brasil. In: RISI JUNIOR, J. B.; NOGUEIRA, R. P. (Org.). **Caminhos da Saúde Pública no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.

ALMEIDA-FILHO, N. Bases históricas da Epidemiologia. **Caderno de Saúde Pública**, p. 304–311, set. 1986.

ALMEIDA-FILHO, N. Modelos de determinação social das doenças crônicas não-transmissíveis. **Ciência e saúde coletiva**, v. 9, n. 4, p. 865–884, 2004.

ALVES, P. A. **Vigilância popular da saúde: cartografia dos riscos e vulnerabilidades socioambientais no contexto de implantação da mineração de urânio e fosfato no Ceará**. Dissertação—Fortaleza: Universidade Federal do Ceará, 2013.

ARJONA, F. B. S. O espaço da/na vigilância popular em saúde: Construção teórica inicial. **HISTÓRIA, NATUREZA E ESPAÇO**, v. 6, p. 15, 2016.

ARJONA, F. B. S. A determinação socioespacial da saúde e a perspectiva para resistência social. **GEOPUC**, v. 12, p. 133–156, 2019.

ARREAZA, A. L. V.; MORAES, J. C. Vigilância da saúde: fundamentos, interfaces e tendências. **Ciência e saúde coletiva**, v. 15, n. 4, p. 2215–2228, 2010.

ARREDONDO, A. Análisis y Reflexión sobre Modelos Teóricos del Proceso Salud-Enfermedad. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 8, n. 3, p. 254–261, 1992.

BARCELLOS, C. et al. Organização espacial, saúde e qualidade de vida: análise espacial e uso de indicadores na avaliação de situações de saúde. **Informe epidemiológico do SUS**, v. 11, n. 3, p. 129–138, 2002.

BATISTELA, C. Saúde, Doença e Cuidado: Complexidade teórica e necessidade histórica. In: FONSECA, A. F. (Ed.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. p. 266.

BOBBIO, N. **Estado, governo, sociedade: por uma teoria geral da política**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

BOLTANSKI, L. **De la crítica. Compendio de sociología de la emancipación.** Madrid: Akal, 2014.

BONETTI, O. P. **Caderno de orientações do agente popular de saúde: vigilância popular em saúde potencializando os territórios no enfrentamento da Covid 19.** Brasília: FIOCRUZ, 2021.

BOTTOMORE, T. **Dicionário do pensamento marxista.** 2ª Ed. Rio de Janeiro: Zahar. 2012.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988,** 1988.

BREILH, J. **Epidemiologia Crítica: Ciência Emancipadora e Interculturalidade.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

BREILH, J. Las tres ‘S’ de la determinación de la vida 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud. In: NOGUEIRA, R. P. (Ed.). **Determinação social da saúde e reforma sanitária.** Rio de Janeiro: Cebes, 2010. p. 200.

BREILH, J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). **Revista Facultad Nacional de Salud Pública,** n. 31, p. 13–27, 2013.

BRENNER, N. Tesis sobre la urbanización planetaria. **Nueva Sociedad,** n. 243, p. 38–66, 2013.

BUTLER, J. **Corpos em Aliança e a Política das Ruas. Notas Sobre Uma Teoria Performativa de Assembleia.** São Paulo: Civilização Brasileira, 2018.

BUTLER, J. **Quadros de guerra: quando a vida é passível de luto?** 6. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2019.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico.** 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

CARLOS, A. F. A. Diferenciação socioespacial. **CIDADES,** v. 4, n. 6, p. 45–60, 2007.

CARLOS, A. F. A. Metageografia: ato de conhecer a partir da geografia. In: CARLOS, A. F. A. (Org.). **Crise urbana.** São Paulo: Contexto, 2015.

CARLOS, A. F. A. O urbano “desigual e combinado”: uma interpretação, possível, da urbanização brasileira. In: CARLOS, A. F. A.; CRUZ, R. DE C. A. (Org.). **Brasil, Presente!** São Paulo: FFLCH/USP, 2020.

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,** v. 16, n. 4, 2020.

CARVALHO, L. V. B.; ROCHA, F.; FINAMORE, R. Vigilância popular ambiental e siderurgia: as experiências de Piquiá de Baixo (MA) e Santa Cruz (RJ), Brasil. **Ciência e saúde coletiva,** v. 26, p. 3635–3645, 2021.

CASTELLANOS, P. L.; BARATA, R. B. Epidemiologia, Saúde Pública, Situação de Saúde e Condições de Vida: Considerações Conceituais. In: **Condições de vida e situação em saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 1997.

CASTIEL, L. D. O estresse na pesquisa epidemiológica: o desgaste dos modelos de explicação coletiva do processo saúde-doença. **Physis**, v. 15, p. 103–120, 2005.

CASTRO, I. E. Escala e pesquisa na geografia. Problema ou solução? **Espaço Aberto**, v. 4, n. 1, p. 87–100, 2014.

CASTRO, J. **Geografia da fome: o dilema brasileiro: pão ou aço**. 10. ed. Rio de Janeiro: Edições Antares, 1984.

CIAVATTA, M. O conhecimento histórico e o problema teórico-metodológico das mediações. In: FRIGOTTO, G.; CIAVATTA, M. (Org.). **Teoria e educação no labirinto do capital**. São Paulo: Expressão Popular, 2014.

CNS. **1ª Conferência Nacional de Vigilância e Saúde - relatório final**. Distrito Federal: [s.n.].

CORRÊA, R. L. Diferenciação Sócio-espacial, Escala e Práticas Espaciais. **CIDADES**, v. 4, n. 6, p. 62–72, 2007.

CRUZ, V. C. Geografia e pensamento descolonial: notas sobre um diálogo necessário para a renovação do pensamento crítico. In: CRUZ, V. C.; OLIVEIRA, D. A. (Eds.). **Geografia e giro descolonial: experiências, ideais e horizontes de renovação do pensamento crítico**. 1. ed. Rio de Janeiro: Letra Capital, 2017. p. 388.

CUNHA, M. B. et al. Vigilância popular em saúde: contribuições para repensar a participação no SUS. In: BOTELHO, B. O. et al. (Org.). **Educação popular no Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Hucitec, 2018. p. 79–101.

CZERESNIA, D.; RIBEIRO, A. M. O conceito de espaço em epidemiologia: uma interpretação histórica e epistemológica. **Caderno Saúde Pública**, v. 16, n. 3, p. 595–605, 2000.

DEL ROIO, M. Gramsci e a emancipação do subalterno. **Revista de sociologia e política**, n. 29, p. 63–78, nov. 2007.

DIEGUES, A. C. S. **O mito moderno da natureza intocada**. São Paulo: Hucitec, 1996.

DURIGUETTO, M. L. A questão dos intelectuais em Gramsci. **Serv. Soc. Soc.**, n. 118, p. 265–293, 2014.

ENGELS, F. **A situação da classe trabalhadora na Inglaterra**. São Paulo: Boitempo, 2010.

FEO, O. I. Reflexiones sobre la globalización y su impacto sobre la salud de los trabajadores y el ambiente. **Ciência e saúde coletiva**, v. 8, n. 4, p. 887–896, 2003.

FERREIRA, A. A produção do espaço: entre dominação e apropriação. Um olhar sobre os movimentos sociais. **Scripta Nova. Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales**, v. 11, n. 245, 2007.

FERTONANI, H. P. et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência e saúde coletiva**, v. 20, n. 6, 2015.

FONTES, V. **O Brasil e o capital imperialismo: teoria e história**. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV/Editora UFRJ, 2010.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade I: A vontade de saber**. 13. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

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

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir: história da violência nas prisões**. Petrópolis: Vozes, 2009.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 25. ed. São Paulo: Graal, 2012.

GADOTTI, M. **Concepção dialética da educação: um estudo introdutório**. 9. ed. São Paulo: cortez, 1995.

GARBOIS, J. A.; SODRE, F.; DALBELLO-ARAUJO, M. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. **Saúde Debate**, v. 41, n. 112, p. 63–76, 2017.

GARCIA, L. P.; DUARTE, E. 1a Conferência Nacional de Vigilância em Saúde: marco para a construção da Política Nacional de Vigilância em Saúde. **Epidemiologia e serviços de saúde**, v. 27, n. 2, p. 10, ago. 2018.

GONDIM, G. M. M.; MONKEN, M. Geografia e Saúde no âmbito da Educação Profissional Técnica de Nível Médio: 20 anos formando trabalhadores para o SUS. In: MAGALHÃES, S. C. M.; PEREIRA, M. P. B. (Org.). **Pesquisa e extensão em Geografia da Saúde: entre a teoria e a prática**. Montes Claros: Unimontes, 2017.

GUIMARÃES, M. B. L. et al. Os impasses da pobreza absoluta: a experiência da Ouvidoria Coletiva na região da Leopoldina, Rio de Janeiro (RJ, Brasil). **Ciência e saúde coletiva**, v. 16, p. 291–300, 2011.

GUIMARÃES, R. B.; PICKENHAYN, J. A.; LIMA, S. C. **Geografia e saúde sem fronteiras**. Uberlândia: Assis Editora, 2014.

GUIMARÃES, R. P. Desenvolvimento Sustentável: da retórica à formulação de políticas públicas. In: BECKER, B.; MIRANDA, M. (Org.). **A Geografia Política do Desenvolvimento Sustentável**. Rio de Janeiro: UFRJ, 1997.

HAESBAERT, R. **Viver no limite: território e multi/transterritorialidade em tempos de in-segurança e contenção**. 1. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2014.

HAESBAERT, R. **Território e descolonialidade: sobre o giro (multi) territorial/de(s)colonial na América Latina**. Buenos Aires: CLACSO, 2021.

- HARVEY, D. **Espaços de esperança**. São Paulo: Edições Loyola, 2004a.
- HARVEY, D. **O Novo Imperialismo**. 1. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2004b.
- HARVEY, D. **Condição pós-moderna**. 17. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2008.
- HARVEY, D. **Cosmopolitanism and the Geographies of freedom**. New York: Columbia University Press, 2009.
- HARVEY, D. **17 contradições e o fim do capitalismo**. 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2016.
- HELLER, A. **O cotidiano e a história**. São Paulo: Az e Terra, 2008.
- KOSÍK, K. **Dialética do concreto**. 2. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976.
- LACLAU, E.; MOUFFE, C. **Hegemonía y estrategia socialista. Hacia una radicalización de la democracia**. Buenos Aires: Fondo de cultura económica, 2015.
- 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.
- LATGÉ, P. K.; ARAUJO, D. N.; SILVA, A. G. Comunicação, educação e vigilância popular em saúde em tempos de COVID-19 – a experiência das comunidades de Niterói, RJ. **APS em Revista**, v. 2, n. 2, p. 122–127, jun. 2020.
- LAURELL, A. La salud-enfermedad como proceso social. **Cuadernos médico sociales**, n. 19, p. 1–14, 1982.
- LAVAL, C. **Foucault, Bourdieu e a Questão Neoliberal**. São Paulo: Elefante, 2020.
- LEFEBVRE, H. **The production of space**. Oxford: Blackwell Publishing, 1991.
- LEFF, E. **Racionalidad ambiental - La reapropiación social de la naturaleza**. México D.F.: Siglo XXI, 2004.
- LENIN, V. LLITCH. **O imperialismo: Fase superior do capitalismo**. 3. ed. São Paulo: Centauro, 2010.
- LIMA, N. T. O Brasil e a Organização Pan-Americana da Saúde: uma história de três dimensões. In: FINKELMAN, J. (Ed.). **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.
- LOBATO, L. V. C.; GIOVANELLA, L. Sistemas de saúde: origens componentes e dinâmica. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012. p. 80–120.
- LUKÁCS, G. **Para uma ontologia do ser social II**. São Paulo: Boitempo, 2013.
- LUTFI, E. P.; SOCHACZEWSKI, S.; JAHNEL, T. C. As representações e o possível. In: MARTINS, J. S. (Ed.). **Henri Lefebvre e o retorno à dialética**. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 87–97.

- MARX, K. **Contribuição à crítica da economia política**. São Paulo: Expressão Popular, 2008.
- MARX, K. **Crítica da filosofia do direito de Hegel**. 2. ed. São Paulo: Boitempo, 2010.
- MARX, K. **A guerra civil na França**. São Paulo: Boitempo, 2011.
- MARX, K. **O capital Livro I**. São Paulo: Boitempo, 2013.
- MARX, K. **Manuscritos econômico-filosóficos**. São Paulo: Boitempo, 2014.
- MARX, K.; ENGELS, F. **A ideologia alemã**. São Paulo: Boitempo, 2007.
- MASSEY, D. **Pelo espaço: uma nova política da espacialidade**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2008.
- MATSUMOTO, P. S. S.; D'ANDREA, L. A. Z. O uso da escala geográfica na saúde pública: as escalas da leishmaniose visceral. **Ciência e saúde coletiva**, v. 24, n. 10, p. 3825–3836, [s.d.].
- MAZETTO, F. A. P. Pioneiros da Geografia da Saúde: Séculos XVIII, XIX e XX. In: BARCELLOS, C. (Ed.). **A Geografia e o Contexto dos Problemas de Saúde**. 1. ed. Rio de Janeiro: ABRASCO: ICICT:EPSJV, 2008. p. 384.
- MBEMBE, A. **Necropolítica**. São Paulo: n-1 edições, 2018.
- MENDONÇA, F. **Geografia socioambiental**. São Paulo: AGB.Terra Livre, 2001.
- MÉSZÁROS, I. **Para além do capital**. São Paulo: Unicamp, 2002.
- MIGUEL, L. F. **Dominação e resistência. Desafios para uma política emancipatória**. São Paulo: Boitempo, 2018.
- MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Caderno Saúde Pública**, v. 21, n. 3, p. 898–906, 2005.
- MOREIRA, R. Cultura, Sustentabilidade e Saberes Assimétricos: uma narrativa sobre a renda da natureza na contemporaneidade. **28º Encontro Anual da ANPOCS**, 2004.
- MOREIRA, R. **Pensar e ser em Geografia**. São Paulo: Contexto, 2010.
- MOREIRA, R. **O que é geografia?** 2. ed. Brasília: Coletivo território livre, 2012.
- MOREIRA, R. **A Geografia do espaço-mundo: conflitos e superações no espaço do capital**. Rio de Janeiro: Consequência, 2016.
- MORENO, M. C.; GUIMARÃES, R. B. **Proposta de vigilância em saúde participativa de base territorial em escolas de assentamentos rurais sob impacto da contaminação agroquímica no Pontal do Paranapanema-SP**. In: IX SIMPÓSIO NACIONAL DE GEOGRAFIA DA SAÚDE. Blumenau, 2019.
- MULATINHO, J. B.; GONDIM, G. M. M.; BARROS, A. F. **Técnico de Vigilância em Saúde: Construção da Identidade Profissional**. Anais apresentado em

Colóquio Nacional - A produção do conhecimento em Educação Profissional. Natal, 2015. . Acesso em: 15 jun. 2021

PACS; JNT; FIOCRUZ. **Vigilância Popular em Saúde e Ambiente em áreas próximas de Complexos Siderúrgicos**. Rio de Janeiro: [s.n.].

PAIM, J. S. **Reforma Sanitária Brasileira: Contribuição Para a Compreensão e Crítica**. Salvador: Edufba/Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

PEÑARANDA, F.; RENDÓN, C. E. Determinismo-indeterminación y el debate de los determinantes-determinación social de la salud. **Revista Facultad Nacional de Salud Pública**, n. 31, p. 47–56, 2013.

PINA, M. F.; CARVALHO, M. S. GeoMed 2017: visão mais profunda a partir de big data e pequenas áreas. v. 33, n. 10, 2017.

POGREBINSCHI, T. **O enigma do político: Marx contra a política moderna**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2009.

POGREBINSCHI, T.; SANTOS, F. Participação como representação: O impacto das Conferências Nacionais de Políticas Públicas no Congresso Nacional. **DADOS, Revista de Ciências Sociais**, v. 54, n. 3, 2011.

PORTA, M. **A Dictionary of Epidemiology**. 6. ed. New York: Oxford University Press, 2014.

PORTO, M. F. S. Pode a Vigilância em Saúde ser emancipatória? Um pensamento alternativo de alternativas em tempos de crise. **Ciência e saúde coletiva**, v. 22, n. 10, 2017.

PORTO-GONÇALVES, C. W. Geografia e movimentos sociais no processo de globalização em curso: apontamentos. **Boletim Gaúcho de Geografia**, n. 24, p. 19–30, 1998.

PORTO-GONÇALVES, C. W. **Os (des)caminhos do meio ambiente**. 8. ed. [s.l.] Contexto, 2001.

PORTO-GONÇALVES, C. W. A geograficidade do social: uma contribuição para o debate metodológico para estudos de conflitos e movimentos sociais na América Latina. **Revista Eletrônica da Associação dos Geógrafos Brasileiros - Seção Três Lagoas**, v. 1, n. 3, 3 maio 2006.

PORTO-GONÇALVES, C. W. De saberes e de territórios: diversidade e emancipação a partir da experiência latino-americana. In: CRUZ, V. C.; OLIVEIRA, D. A. (Org.). **Geografia e giro descolonial: experiências, ideias e horizonte de renovação do pensamento crítico**. 1. ed. Rio de Janeiro: Letra Capital, 2017. p. 388.

POSTONE, M. **Tempo, trabalho e dominação social: uma reinterpretação da teoria crítica de Marx**. São Paulo: Boitempo, 2014.

QUIJANO, A. Colonialidad y modernidad/racionalidad. **Perú Indígena**, v. 13, n. 29, p. 11–20, 1992.

RIBEIRO, A. C. T. A natureza do Poder: Técnica e Ação Social. **Interface _ Comunicação, Saúde, Educação**, v. 4, n. 7, p. 13–24, 2000.

- ROSEN, G. **Uma história da saúde pública**. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1994.
- RUA, J. Desenvolvimento, Espaço e Sustentabilidades. In: RUA, J. (Ed.). . **Paisagem, Espaço e Sustentabilidades**. Rio de Janeiro: PUC-Rio, 2007.
- SABROZA, P. et al. O mestrado profissionalizante em vigilância em saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. In: LEAL, M. C.; FREITAS, C. M. (Org.). . **Cenários possíveis: experiências e desafios do mestrado profissional na saúde coletiva**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.
- SAFATLE, V. O que é uma normatividade vital? Saúde e doença a partir de Georges Canguilhem. **scientiæ zudia**, v. 9, n. 1, p. 11–27, 2011.
- SANTOS, B. S. Para uma sociologia das ausências e uma sociologia das emergências. **Revista crítica de ciências sociais**, n. 63, p. 237–280, 2002a.
- SANTOS, B. S. Para uma sociologia das ausências e uma sociologia das emergências. **Revista crítica de ciências sociais**, v. 63, p. 237– 280p, out. 2002b.
- SANTOS, B. S. Para Além do pensamento Abissal: Das linhas globais a uma ecologia de saberes. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, v. 78, p. 3–46, 2007a.
- SANTOS, B. S. **Renovar a teoria crítica e reinventar a emancipação social**. São Paulo: Boitempo, 2007b.
- SANTOS, B. S. **O Futuro começa agora: Da pandemia à utopia**. 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2021.
- SANTOS, M. **A Natureza do Espaço: Técnica e Tempo, Razão e Emoção**. 4. ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2006.
- SENNETT, R. **Carne e pedra. O corpo e a cidade na civilização ocidental**. Rio de Janeiro: Record, 2008.
- SEVALHO, G. Apontamentos críticos para o desenvolvimento da vigilância civil da saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 26, n. 2, p. 611–632, 2016.
- SIBILA, P. **O homem pós-orgânico: a alquimia dos corpos e das almas à luz das tecnologias digitais**. Rio de Janeiro: Contraponto, 2015.
- SMITH, N. **Desenvolvimento desigual**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1988.
- SOUZA, D. O. A saúde na perspectiva da ontologia do ser social. **Trabalho Educação Saúde**, v. 14, n. 2, 2016.
- SOUZA, M. L. Espaço geográfico, espaço social, organização espacial e produção do espaço. In: SOUZA, M. L. (Ed.). . **Os conceitos fundamentais da pesquisa sócio-espacial**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2013. p. 21–42.
- SOUZA, M. L. **Dos espaços de controle aos territórios dissidentes: escritos de divulgação científica e análise política**. 1. ed. Rio de Janeiro: Consequência, 2015.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBÔAS, A. L. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. **IESUS**, v. VII, n. 2, 1998.

THACKER, S. B.; BERKELMAN, R. L. Public health surveillance in the United States. **Epidemiologic Reviews**, v. 10, p. 165–190, 1988.

TONET, I. **Método científico: uma abordagem ontológica**. São Paulo: Instituto Lukács, 2013.

VOSGERAU, D. S. R.; ROMANOWSKI, J. P. Estudos de Revisão: Implicações Conceituais e metodológicas. **Diálogo Educacional**, v. 14, n. 41, p. 165–189, 2014.

WALDMAN, E. A. Usos da vigilância e da monitoração em saúde pública. **IESUS**, v. 7, n. 3, p. 7–26, 1998a.

WALDMAN, E. A. **Vigilância em Saúde Pública**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998b. v. 7

WALDMAN, E. A. Os 110 anos de Vigilância em Saúde no Brasil. **Epidemiologia e serviços de saúde**, v. 21, n. 3, 2012.

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION). **Constitution of the World Health Organization**, 1947. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/4067/406757034006.pdf>>. Acesso em: 6 jan. 2020

ZIBECHI, R.; MACHADO, D. **Os limites do progressismo: a impossibilidade de mudar o mundo de cima para baixo**. Rio de Janeiro: Consequência, 2017.