



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA



ARYANNE VANESSA SILVA ANDRADE DO AMARAL

**A VIGILÂNCIA POPULAR COMO DISPOSITIVO PARA O
PROTAGONISMO DA COMUNIDADE NO CUIDADO EM
SAÚDE**

RECIFE
2025

ARYANNE VANESSA SILVA ANDRADE DO AMARAL

A VIGILÂNCIA POPULAR COMO DISPOSITIVO PARA O PROTAGONISMO DA COMUNIDADE NO CUIDADO EM SAÚDE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal de Pernambuco, como parte dos requisitos necessários para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Saúde Coletiva

Linha de Pesquisa: Política, Planejamento e Gestão em Saúde

Orientadora: Prof^a Dr^a Adriana Falangola Benjamin Bezerra

RECIFE
2025

.Catalogação de Publicação na Fonte. UFPE - Biblioteca Central

Amaral, Aryanne Vanessa Silva Andrade do.

A vigilância popular como dispositivo para o protagonismo da comunidade no cuidado em saúde / Aryanne Vanessa Silva Andrade do Amaral. - Recife, 2025.

90f.: il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências Médicas, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2025.

Orientação: Adriana Falangola Benjamin Bezerra.

1. Saúde Coletiva; 2. Atenção Primária; 3. Vigilância em Saúde. I. Bezerra, Adriana Falangola Benjamin. II. Título.

UFPE-Biblioteca Central

ARYANNE VANESSA SILVA ANDRADE DO AMARAL

A VIGILÂNCIA POPULAR COMO DISPOSITIVO PARA O PROTAGONISMO DA COMUNIDADE NO CUIDADO EM SAÚDE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal de Pernambuco, como parte dos requisitos necessários para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Saúde Coletiva

Linha de Pesquisa: Política, Planejamento e Gestão em Saúde

Aprovada em:

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Dr^a Adriana Falangola Benjamin Bezerra
Universidade Federal de Pernambuco
(Orientadora)

Prof^a Dr^a Paulette Cavalcanti de Albuquerque
Fiocruz Pernambuco
(Examinadora Externa)

Prof. Dr. Petrônio José de Lima Martelli
Universidade Federal de Pernambuco
(Examinador Interno)

Dedico esta dissertação, primeiramente, a Deus, por ser a minha fortaleza em todos os momentos. Foi em Sua presença que encontrei força nos dias difíceis, luz nas horas de dúvida e paz nos momentos de aflição. Sem Ele, nada disso seria possível.

À minha família, minha base, meu porto seguro e meu maior exemplo de amor incondicional. Agradeço por cada palavra de incentivo, por cada gesto de apoio e por acreditarem em mim mesmo quando eu duvidei.

Essa conquista também é de vocês.

AGRADECIMENTOS

A jornada até aqui foi marcada por desafios, aprendizados e, acima de tudo, por pessoas que caminharam comigo com amor, paciência e generosidade.

Agradeço, primeiramente, a Deus, por me sustentar em cada passo, por me guiar mesmo nos momentos de incerteza, e por sempre renovar minhas forças quando eu achava que não daria conta. À Nossa Senhora, que intercedeu por mim nas minhas preces silenciosas e me cobriu com seu manto nos dias em que o cansaço falou mais alto.

Aos meus pais, Andrea e Valdeci, minha eterna gratidão. Nada disso seria possível sem a dedicação, os sacrifícios e o amor incondicional de vocês. Sei o quanto renunciaram a sonhos, de momentos e até de conforto para que eu pudesse construir o meu caminho. Essa conquista é tão minha quanto de vocês. Obrigada por tudo, do fundo do coração!

À minha irmã, Aryelle Vitória, companheira de vida, obrigada por estar sempre ao meu lado, por me incentivar nos dias bons e, principalmente, nos ruins. Seu apoio e sua fé em mim foram fundamentais. Você foi, e sempre será, uma das minhas maiores inspirações.

Agradeço também aos meus tios, primos e avós que mesmo à distância ou em silêncio, nunca deixaram de torcer por mim. O apoio, o carinho e a confiança de vocês foram fundamentais, mesmo que muitas vezes manifestados nos pequenos gestos ou em palavras de encorajamento. Obrigada por acreditarem no meu caminho e celebrarem cada conquista como se fosse de vocês!

Aos meus queridos amigos Natália Araújo, Janaína Coelho, Paulo Santos e Rita de Cássia obrigada por compreenderem minhas ausências, por não deixarem que a distância afetasse o carinho e a amizade que nos une, e por cada palavra de incentivo nos momentos em que precisei respirar fundo e continuar.

De forma especial, à minha amiga Lorena Feitosa, obrigada por ser tão generosa e acolhedora, por me "salvar" no trabalho mais vezes do que eu posso contar, só para que eu pudesse me dedicar às aulas e compromissos do

mestrado. Sua ajuda na formatação da dessa dissertação também foi essencial, e sua amizade, um presente, nunca terei como agradecer!

Além disso, preciso fazer um agradecimento para as equipes de trabalho que passaram no meu caminho durante a jornada, primeiramente a toda Secretaria de Saúde de Abreu e Lima, que aceitou de forma tranquila a minha ausência para que eu pudesse assistir as aulas, que me deram suporte nos dias de chuva e sempre arrumavam um jeito para que eu pudesse chegar a tempo na Universidade. Depois, a equipe do Conselho Estadual de Saúde de Pernambuco nas pessoas de Nádia Pereira, Sabrina Santiago, Silvana Silva e Izabel Cristina, que desde a minha chegada ao Conselho sempre me incentivaram e me deram o apoio necessário para que conseguisse cumprir com a coleta de dados e com a reta final dos créditos de aula. A vocês, minha eterna gratidão!

Aos mestres e mestras que cruzaram meu caminho durante essa trajetória acadêmica, minha profunda gratidão por cada ensinamento, incentivo e partilha. Em especial, à minha orientadora, Professora Adriana Falangola, obrigada por ter sido muito mais que uma orientadora. Sua humanidade, paciência e constante preocupação com o meu bem-estar fizeram toda a diferença. Obrigada por me inspirar e por nunca deixar de acreditar no meu potencial, mesmo nos momentos em que eu mesma duvidei. Obs.: Quero ser igual a ela quando eu crescer!

Agradeço também a toda a minha turma de mestrado, por tantos aprendizados compartilhados, risos, trocas e apoio mútuo. De forma muito especial, ao Diógenes Passos, meu presente desde o processo seletivo. Obrigada por estar comigo em cada fase, pelos desabafos, pelas palavras certas na hora certa e, principalmente, por nunca soltar a minha mão.

A cada um de vocês, minha eterna gratidão. Essa vitória é nossa!

EPÍGRAFE

*Linhas costuram tecidos, as vezes humanos, as
vezes trapos*

Linhas: separam países, dividem contratos

*Linhas no rosto marcam o tempo, nas mãos marcam
o destino*

Mantém pipas no céu pelas mãos de meninos

A linha que mexe a marionete nem sempre é visível

Ela já foi uma linha de ligação lembra: Umbigo

Virou só uma cicatriz, marca de egoísmo

*Algum Deus escreveu certo por linhas tortas num
eletrocardiograma*

E até a medicina, tão cética e tão exata aprendeu

Que a vida mora nessas linhas sinuosas

*E que quando ela endireita nem sempre é um bom
sinal*

Linhas retas, linhas tortas

Linhas vivas, linhas mortas

Renan Inquerito, 2018

RESUMO

O artigo tem como objetivo compreender o papel da Vigilância Popular em Saúde para o protagonismo comunitário no território de Roda de Fogo, Recife- PE. Especificamente, propõe-se a diagnosticar os riscos de saúde e as práticas de cuidados locais, comparar esses dados com a percepção dos moradores, compreender a articulação entre saberes diversos e analisar o protagonismo da comunidade. Adotou-se uma abordagem qualitativa, exploratória e descritiva, fundamentada na Pedagogia do Oprimido, de Paulo Freire, e nas Epistemologias do Sul, de Boaventura de Sousa Santos. A coleta de dados foi realizada por meio de rodas de conversa e entrevistas semiestruturadas com moradores, profissionais de saúde e gestores de saúde. Os dados foram analisados de acordo com a técnica de Análise de Conteúdo de Laurence Bardin. Os resultados indicam a existência de uma vigilância popular ativa e insurgente, sustentada por saberes historicamente marginalizados, que desafiam a lógica verticalizada da gestão pública. Conclui-se que a Vigilância Popular em Saúde constitui um dispositivo estratégico para a autonomia comunitária e para a transformação das políticas públicas em saúde.

Palavras-chave: Saúde Coletiva. Atenção Primária. Vigilância em Saúde.

ABSTRACT

This article aims to understand the role of Popular Health Surveillance in promoting community protagonism in the territory of Roda de Fogo, Recife-PE. Specifically, it seeks to diagnose health risks and local care practices, compare these data with residents' perceptions, understand the articulation between different forms of knowledge, and analyze the community's protagonism. A qualitative, exploratory, and descriptive approach was adopted, grounded in Paulo Freire's Pedagogy of the Oppressed and Boaventura de Sousa Santos's Epistemologies of the South. Data collection was carried out through talking circles and semi-structured interviews with residents, health professionals, and health managers. The data were analyzed using Laurence Bardin's Content Analysis technique. The results indicate the existence of an active and insurgent popular surveillance, sustained by historically marginalized knowledge, which challenges the top-down logic of public management. It is concluded that Popular Health Surveillance constitutes a strategic device for community autonomy and for the transformation of public health policies.

Keywords: Public Health. Primary Care. Health Surveillance.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	15
2.1 VIGILÂNCIA POPULAR EM SAÚDE.....	15
2.2 PARTICIPAÇÃO POPULAR E A CONSTRUÇÃO DA VIGILÂNCIA PARTICIPATIVA	18
2.3 EDUCAÇÃO POPULAR.....	21
2.4 EPISTEMOLOGIAS DO SUL E O PENSAMENTO PÓS-ABISSAL	23
3 JUSTIFICATIVA.....	27
4 OBJETIVO	30
5 METODOLOGIA	31
6 ASPECTOS ÉTICOS	36
7 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	37
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	72
9 REFERÊNCIAS.....	75
APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA 1	79
APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA 2.....	80
APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	81
ANEXO A - CARTA DE ANUÊNCIA.....	85
ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	86

1 INTRODUÇÃO

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) proporcionou um espaço para diversos debates construtivos que objetivam, principalmente, o aprimoramento do modelo de saúde vigente. A vigilância em saúde, por sua vez, se constitui numadas áreas estratégicas para a saúde pública e coletiva, que, no entanto, permaneceu sem o devido aprofundamento teórico e político durante muito tempo (Porto, 2017).

Em 12 de julho de 2018 foi instituída a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), para nortear o planejamento das atividades da vigilância em saúde nas 3 esferas de gestão do SUS, por intervenção da Resolução nº 588/2018, do Conselho Nacional de Saúde (CNS). A PNVS é uma política de Estado e tem como princípios definidos no âmbito do SUS o caráter universal, transversal e orientador do modelo de atenção à saúde nos territórios (Brasil, 2018).

A Vigilância em saúde tem como característica o recolhimento contínuo e sistemático de informações pertinentes à consolidação ordenada, a avaliação dessas informações e à disseminação subsequente dos resultados (WHO, 2021).

Na teoria, a vigilância em saúde possui, ainda, como lógica a integração de ações que compreendem a situação de saúde da população do território, extrapolando os espaços institucionalizados do sistema de serviços de saúde (Guimarães *et al.*, 2022).

Em seu artigo 3º, a PNVS considera a articulação dos saberes, para fins operacionais, os processos e práticas relacionados à vigilância epidemiológica, vigilância em saúde ambiental, vigilância em saúde do trabalhador e vigilância sanitária e alinha-se com todo o conjunto de políticas de saúde no âmbito do SUS, levando em conta a transversalidade das ações de vigilância em saúde sobre a determinação do processo saúde-doença (Brasil, 2018).

Por efeito do modelo econômico atual vigente e das intervenções do colonialismo, assim como as do eurocentrismo ainda presentes nos modelos de atenção à saúde, é difícil vislumbrar uma vigilância de caráter universal, participativa e integral. Estudos vêm sendo desenvolvidos ao longo dos anos

para discutir e construir modelos alternativos e/ ou complementares à vigilância tradicional em saúde, devido às limitações e dificuldades que essa pode apresentar (Porto, 2017).

Paralelo às históricas críticas referentes à vigilância em saúde tradicional, Victor Vincent Valla desenvolveu, nos anos de 1990, a definição de vigilância civil da saúde, se referindo a uma maneira de compreender a vigilância em saúde que agrega tanto a participação popular, como a construção compartilhada do conhecimento. A proposta foi inspirada no conceito de educação popular de Paulo Freire, e constitui um método de construção de uma nova consciência social. Dessa maneira, a ideia de Valla se baseia em realizar “uma epidemiologia do cotidiano, desenvolvida pelos setores populares, juntamente com profissionais interessados na proposta” (Guimarães *et. al.*, 2022).

Nesse contexto, a vigilância popular em saúde (VPS) vem se desenvolvendo como um modelo a ser adotado pelo Estado, por meio de ações que favoreçam a liberdade diante da pressão ideológica sofrida devido aos modelos econômicos vigentes e outros determinantes (Alves, 2013).

O termo vigilância Popular em saúde, tem sido utilizado para denominar práticas de vigilância que favoreçam o protagonismo e a autonomia de comunidades, organizações e movimentos sociais, podendo abranger diferentes níveis de atuação e de parceria entre gestão, academia e profissionais de saúde, desde que esses reconheçam os atores envolvidos no cuidado e valorizem os saberes populares, inserindo-se em processos mútuos e de natureza dialógica (Brasil, 2022).

Nesse sentido, torna-se essencial refletir sobre o próprio conceito de “comunidade”, uma vez que não há um consenso sobre seu significado. De acordo com Oberg (2018), compreender o que significa viver em comunidade exige evidenciar a cultura na qual os indivíduos estão inseridos e problematizar as múltiplas formas pelas quais os vínculos são construídos. Essa compreensão é fundamental para que práticas de vigilância e cuidado não sejam impostas, mas, sim, construídas coletivamente com base nos valores, afetos e tradições que sustentam as relações sociais.

Nesse contexto, Oberg (2018, apud Weber 1973) destaca que o conceito de comunidade se ancora em fundamentos afetivos, emocionais e tradicionais, sendo resultado de relações sociais pautadas por sentimento de solidariedade. Assim, a comunidade se constitui como umaunidade integrada a partir do envolvimento subjetivo de seus membros, o que reforça a importância de se reconhecer essas dimensões nos processos de cuidado e participação social.

A soma das relações entre instituições de ensino e pesquisa, a articulação dos movimentos sociais e de processos de formação em saúde são aspectos na construção da vigilância popular em saúde e que contribuem para o encontro dos saberes técnico-científicos com os saberes populares-tradicionais (Arjona, 2017).

A presença da população deve ser um pilar importante da vigilância em saúde, porém na prática, o que temos é uma vigilância de suspeitos e doentes que se compõem em uma política sanitária que na maioria das vezes, pode ser tida como punitiva, perseguidora e autoritária. As próprias palavras “vigilância”, “controle” e “campanha” levam a um contexto de caráter militar, o que está atrelado ao papel desenvolvido historicamente pela vigilância em saúde de “lutar” contra os micróbios (Sevalho, 2016).

Nesse cenário, faz-se necessário promover diálogos horizontais em conjunturas de lutas sociais, reconhecendo a emergência de saberes e práticas emancipatórias (Porto, 2017), com a aderência de outros atores, movimentos sociais e minorias, permitindo uma vigilância baseada na troca de experiências, com valores democráticos, em direção ao desenvolvimento sustentável de uma justiça social, sanitária, ambiental e cognitiva (Porto, 2019).

O conceito de Vigilância Popular em Saúde (VPS) ganhou novo espaço de debate a partir de vivências locais e de movimentos populares no cenário pandêmico da Covid-19. Assim, entende-se que é preciso formar novas práticas de vigilância em saúde e desenvolver métodos territorializados para tornar mais prática a participação e o fortalecimento dos grupos, evitando assim, a marginalização e a exclusão nos diferentes processos, agregando diversas formas de conhecimento (Carneiro e Pessoa, 2020).

Dessa maneira, a VPS surge como uma necessidade social a partir da crítica aos moldes formais de vigilância em saúde, de tal maneira que torne

esse processo mais equânime e inclusivo, uma vez que o Estado possui deficiências nas diligências de políticas de promoção e prevenção na saúde (Arjona, 2017).

Para a efetivação da Vigilância Popular em Saúde (VPS), é fundamental compreender as necessidades e condições de saúde da população, o que não pode ser feito de forma adequada sem considerar as características específicas do grupo em questão.

O planejamento em saúde pública só alcança resultados efetivos a partir de um conhecimento aprofundado sobre a composição da população-alvo. Esse entendimento permite identificar os grupos mais vulneráveis, reconhecer suas demandas e, a partir disso, estabelecer prioridades para as ações a serem desenvolvidas. Nesse contexto, fatores individuais como faixa etária, assim como aspectos contextuais como condições de vida e moradia, são determinantes para o sucesso das estratégias sanitárias (Guimarães et al., 2022).

Diante desse cenário, o presente estudo propõe dar visibilidade aos saberes locais produzidos nas práticas sociais cotidianas do território, reconhecendo suas especificidades, modos de viver, resistências e estratégias de cuidado. Busca-se compreender como esses saberes — muitas vezes desvalorizados por não estarem alicerçados na ciência hegemônica — podem contribuir para a construção de uma Vigilância Popular em Saúde comprometida com a equidade, a justiça social e a participação efetiva da comunidade.

Ao considerar os diversos conhecimentos que emergem da realidade vivida, este trabalho pretende fortalecer uma abordagem de vigilância em saúde que seja enraizada no território, construída de forma coletiva e dialógica, e que promova ações mais sensíveis às necessidades locais, abrindo caminhos para práticas emancipatórias e transformadoras no campo da saúde pública.

A formatação da dissertação atende a modelo previsto no PPGSC, que consta de Introdução, Referencial Teórico, Justificativa, Objetivo, Metodologia, Aspectos Éticos, Resultados e Discussão e Considerações Finais. O Capítulo

destinado aos Resultados e Discussão será constituído por um artigo a ser submetido ao periódico Hygeia (ISSN 1980-1726).

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 VIGILÂNCIA POPULAR EM SAÚDE

A Vigilância Popular em Saúde tem como premissa básica a participação da comunidade prevista nas leis nº 8.080/1990 e na lei nº 8.142/1990, que versam sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), permitindo dessa maneira, a aproximação das populações à sua efetiva participação nas práticas de cuidado em saúde, desde o planejamento, passando pelo gerenciamento, controle e avaliação da resposta popular e social das práticas de cuidado no território, até a atuação no processo de transformação sócio-histórica, para atender às necessidades da comunidade que devem ser respondidas juntamente com a gestão governamental, de forma intersetorial e multiprofissional (Pignati *et al.*, 2022).

Essa perspectiva amplia o papel da vigilância para além da mera aplicação de normas e regras tradicionais, centradas no cumprimento burocrático das políticas de saúde. A proposta de Vigilância Popular em Saúde, defendida por educadores como Victor Valla, é transformar a vigilância em uma ferramenta de transformação social, baseando-se na cultura local e na participação ativa da população. Valla foi pioneiro ao integrar os saberes populares com a construção do conhecimento científico, promovendo um processo de educação e cuidado compartilhado entre profissionais de saúde e as comunidades. Essa prática visa não apenas garantir a saúde, mas também transformar as condições sociais e culturais que a influenciam (Latgé; Araújo e Júnior; 2020).

Entretanto, apesar da importância da Vigilância Popular em Saúde, é fundamental reconhecer que essa prática ainda encontra barreiras políticas significativas, especialmente no contexto da gestão pública (Mendes, 2012). Embora o SUS tenha sido desenhado para ser um sistema de saúde participativo, a resistência à participação popular nas práticas de cuidado é uma realidade persistente. A burocratização do sistema, a centralização das decisões em esferas de poder distantes da população e o medo da desestabilização da ordem estabelecida geram um ambiente em que a gestão pública muitas vezes desconfia ou minimiza a participação ativa da população.

Existe uma tendência histórica de concentrar a tomada de decisões

nas mãos de profissionais de saúde ou gestores administrativos, que podem ver a participação popular como um desafio à autoridade ou como uma forma de "politização" dos cuidados (Guizardi *et al.*, 2014).

Essa resistência política também é alimentada pela visão técnica dominante no campo da saúde, que tende a desconsiderar ou subvalorizar os saberes populares e as práticas de cuidado comunitárias, vendo-as como imprecisas ou desorganizadas (Guizardi *et al.*, 2014). Essa visão, com frequência, se opõe à lógica do cuidado holístico e integrado proposto pela Vigilância Popular, onde o diálogo e a escuta das necessidades locais são fundamentais.

No entanto, essa resistência pode ser vista como uma falha em reconhecer o potencial emancipador da participação popular. A centralização da gestão da saúde e o controle técnico em mãos restritas podem prejudicar a capacidade do sistema de saúde de responder adequadamente às necessidades locais e de se adaptar às dinâmicas sociais e culturais dos diferentes territórios (Mendes, 2012 e Guizardi *et al.*, 2014).

Ainda não há uma conceituação consolidada na literatura sobre Vigilância Popular em Saúde, mas ela é frequentemente descrita como a articulação entre saberes populares e científicos, integrando os conhecimentos dos territórios e as experiências vividas no cotidiano das comunidades. Nesse sentido, a participação ativa da população é vista não apenas como um instrumento para a melhoria dos serviços de saúde, mas como um caminho para a transformação social. Ela representa uma mudança paradigmática, no qual a saúde não é apenas uma responsabilidade do Estado ou dos profissionais, mas uma construção coletiva que envolve todos os setores da sociedade, desde as práticas de cuidado até as políticas públicas (Meneses *et al.*, 2023).

A Vigilância Popular em Saúde também envolve desafios significativos para a gestão pública, pois exige que os gestores reconheçam o papel central das comunidades na construção do conhecimento e na solução de problemas de saúde. Para além de uma abordagem técnica e centralizada, ela demanda um compromisso com a autonomia das populações e o fortalecimento das instituições de saúde local. Nesse processo, a participação popular se

configura como uma poderosa estratégia para promover diálogos horizontais, respeitar as diferentes formas de cuidar e garantir que os saberes das comunidades sejam reconhecidos, valorizados e integrados ao sistema de saúde (Oliveira *et al.*, 2024).

Essas práticas, que incluem o reconhecimento de outros saberes, trazem consigo o desafio de enxergar o espaço que se vive, de forma coletiva, considerando os diferentes modos de promover saúde, fazer vigilância e produzir cuidado, promovendo diálogo compartilhado e horizontalizado, que respeita os saberes advindos das experiências (Porto, 2017). Além de ser um dispositivo para produção do conhecimento e promoção emancipatória da saúde, estimulando a atuação popular e coletiva, almejando promover a saúde no território por meio de práticas de vigilância que privilegiam o protagonismo de comunidades, e de outras minorias (Meneses *et. al.*, 2023; Carneiro, 2020).

No entanto, a resistência política à participação popular nas práticas de cuidado e na gestão do SUS reflete uma tentativa de manutenção do controle e da hierarquia nas estruturas de poder. Essa resistência é um reflexo da tensão entre a lógica da participação e a lógica da centralização, um dilema que atravessa as políticas públicas de saúde no Brasil. Superar essa resistência é essencial para consolidar a Vigilância Popular em Saúde como uma ferramenta legítima e eficaz na transformação das condições de saúde, pois ela contribui para a criação de um sistema de saúde mais democrático, acessível e justo (Guizardi *et al.*, 2014 e Oliveira *et al.*, 2024).

Em última análise, a Vigilância Popular em Saúde não é apenas um modelo de gestão de saúde, mas também uma proposta política e social. Ela visa dar voz e vez às populações na construção de soluções para seus próprios problemas de saúde, promovendo um sistema que seja mais sensível às diversidades culturais e sociais dos territórios. Ao enfrentar a resistência política à participação popular, pode-se abrir caminho para a construção de um SUS mais plural, inclusivo e inovador, capaz de atender verdadeiramente às necessidades da população, em diálogo constante com as realidades locais (Meneses *et al.*, 2023; Carneiro, 2020).

Portanto, a Vigilância Popular em Saúde não apenas destaca a importância da participação da comunidade no monitoramento das práticas de

cuidado e na gestão das políticas públicas, mas também aponta para as barreiras políticas que ainda persistem na implementação de uma gestão verdadeiramente participativa e democrática. A resistência à integração efetiva das comunidades nas decisões sobre saúde e cuidado pode ser vista como um obstáculo à evolução de modelos mais inclusivos e transformadores (Oliveira *et al.*, 2024).

É nesse contexto que a Participação Popular se apresenta como um princípio fundamental para a construção da Vigilância Participativa, onde os cidadãos não são apenas observadores, mas agentes ativos na criação e na execução de estratégias de saúde. A transição de um modelo de vigilância baseado no controle centralizado para um modelo participativo exige o fortalecimento dos mecanismos de envolvimento comunitário, permitindo que os saberes locais e as demandas da população sejam incorporados de maneira legítima e eficaz, garantindo a construção de um sistema de saúde que realmente atenda às necessidades do território.

2.2 PARTICIPAÇÃO POPULAR E A CONSTRUÇÃO DA VIGILÂNCIA PARTICIPATIVA

No Brasil, o cenário epidemiológico apresenta uma complexidade característica, marcada pela acentuada desigualdade entre as diferentes regiões do país. Esse fenômeno resulta em uma polarização das condições de saúde, com grandes diferenças nos indicadores sociais, refletindo as disparidades econômicas e políticas entre os entes federativos. Em uma sociedade capitalista, o poder econômico, concentrado nas mãos de poucos, busca acumular riqueza às custas dos recursos ambientais e das populações marginalizadas. Esse processo gera um movimento de resistência social, que se manifesta através da organização popular como forma de enfrentamento e mobilização contra as injustiças estruturais (Guimarães *et. al.*, 2022; Arjona *et al.*, 2024).

A compreensão da contextualização social das mudanças nos padrões de saúde, como as tendências demográficas de morbidade e mortalidade, é crucial para entender como as comunidades reagem e se adaptam a essas mudanças. Ao refletir sobre as condições de vida e saúde, a dinâmica das populações se torna um importante ponto de análise para a construção de

respostas que atendam de maneira eficaz às necessidades locais (Marmot e Bell, 2017).

A análise dos indicadores sociais, como renda, classe social, educação e trabalho, permite uma visão mais abrangente sobre as desigualdades no acesso aos serviços de saúde, revelando as dificuldades enfrentadas por determinadas comunidades em garantir seus direitos básicos de cuidado e bem-estar. Esse entendimento deve ser central na formulação de políticas públicas de saúde, que, ao levar em consideração a realidade social e econômica das populações, são capazes de promover intervenções mais eficazes e sustentáveis no território (Marmot e Bell, 2017).

Entretanto, a vigilância na saúde pública, em sua forma mais tradicional, tende a se concentrar no comportamento individual e no estilo de vida das pessoas, frequentemente responsabilizando-as pelo seu próprio adoecimento. Essa abordagem reducionista, que culpa o indivíduo por suas condições de saúde, não explica adequadamente as causas estruturais que influenciam o processo saúde-doença, como as desigualdades sociais, políticas e econômicas (Marmot e Bell, 2016 e Arjona, et al., 2024).

Ao focar nas características individuais de risco, a vigilância tradicional deixa de lado os fatores determinantes que, de fato, influenciam as condições de saúde das populações, como a precariedade das condições de trabalho, a falta de acesso a serviços de saúde de qualidade e as disparidades na distribuição de recursos sociais e econômicos. A teoria da vigilância, ao não abordar a interconexão entre os aspectos estruturais e individuais, acaba por reforçar a ordem vigente, favorecendo os interesses daqueles que detêm o poder político e econômico, sem questionar as estruturas que perpetuam as desigualdades (Marmot e Bell, 2016 e Arjona, et al., 2024).

A partir dessa crítica, surgiu uma abordagem alternativa à vigilância tradicional: a Vigilância Participativa. Este modelo propõe um protagonismo da comunidade no processo de vigilância, com o objetivo de fortalecer o controle social e estimular a participação ativa das populações na identificação e enfrentamento de suas vulnerabilidades. A vigilância participativa é vista como uma resposta direta à insuficiência do modelo tradicional, que se limita à

identificação e controle biológico das doenças, sem considerar o papel da sociedade civil na construção das soluções (Guimarães, *et al.*, 2022).

A participação da população não só potencializa a execução da cidadania, mas também fortalece o papel do governo na identificação e solução das questões de saúde que afetam a comunidade. Ao permitir que os cidadãos participemativamente da definição de políticas de saúde, a vigilância participativa assegura que as soluções propostas sejam mais adequadas à realidade local e que a comunidade tenha um papel decisivo no cuidado e na gestão dos recursos destinados à saúde (Guimarães, *et al.*, 2022).

Desde sua gênese, a construção da vigilância no ocidente se deu por meio de um caráter militar de controle biológico que se limita a identificar, mitigar, imunizar e desenvolver terapias, sem estimular a participação social, refletindo na insuficiente noção de responsabilidade civil e consequentemente na dificuldade de resposta às novas epidemias. Em oposição a essa carência, a vigilância participativa emerge como método oportuno de fortalecimento popular para a execução da cidadania e o apoio aos governos para a identificação de situações vulneráveis (Guimarães *et al.*, 2022).

Além disso, a determinação social da saúde ganha relevância ao se discutir a vigilância participativa. Entender como os fatores sociais, como a estrutura econômica, a educação, o trabalho e a habitação, afetam a saúde das populações é fundamental para a construção de estratégias eficazes e inclusivas de cuidado. A partir dessa compreensão, é possível identificar as principais vulnerabilidades dos territórios e as formas de enfrentamento dessas desigualdades, por meio de estratégias de educação em saúde que promovam a problematização da realidade local (Arjona, *et al.*, 2022).

A educação em saúde, como uma ferramenta de transformação, deve buscar romper com a visão assistencialista e passar a ser uma prática política, em que as comunidades se apropriem de seus conhecimentos e, assim, construam alternativas que visem a melhoria das condições de vida e saúde no território. (Arjona, *et al.*, 2022).

A Vigilância Participativa, portanto, se configura como uma estratégia essencial que reconhece as condições sociais e as realidades locais das populações, assegurando um cuidado integral, intersetorial e colaborativo.

Nesse contexto, torna-se fundamental destacar o papel da educação popular em saúde, que compartilha dos mesmos princípios de participação e apropriação comunitária, sendo um instrumento pedagógico e político para a transformação social.

2.3 EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE

Em 2013, foi instituída a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS), por meio da Portaria nº 2.761, de 19 de novembro. Essa política surge como uma reafirmação do compromisso com os princípios fundamentais do SUS: universalidade, equidade, integralidade e, sobretudo, a efetiva participação popular. A proposta da PNEPS-SUS vai além da simples execução de ações voltadas para a proteção, promoção e recuperação da saúde. Ela introduz uma abordagem político-pedagógica que tem como base o diálogo entre os diversos saberes — especialmente os populares —, valorizando a ancestralidade, os conhecimentos tradicionais e incentivando tanto a produção individual quanto coletiva de saberes. Essa valorização busca integrar esses conhecimentos ao cotidiano do SUS, fortalecendo um sistema de saúde mais plural, democrático e inclusivo (Brasil, 2013).

Entre seus eixos estratégicos, destaca-se a promoção da participação, do controle social e da gestão participativa. Tais diretrizes visam ampliar e qualificar o protagonismo popular na formulação, implementação e avaliação das políticas públicas de saúde. Através da mobilização social em torno do direito à saúde e da articulação entre os saberes técnico-científicos e os saberes populares, a política busca estreitar os vínculos entre a população, os serviços de saúde e os processos de gestão do SUS, favorecendo práticas mais dialógicas, humanizadas e comprometidas com a realidade concreta dos territórios (Brasil, 2013).

A Educação Popular em Saúde (EPS), por sua vez, encontra seu alicerce teórico e metodológico no pensamento pedagógico de Paulo Freire. Com seu caráter libertador e emancipatório, a EPS se constitui como uma ferramenta de leitura crítica da realidade, provocando a reflexão sobre os

determinantes sociais da saúde e as relações de poder que historicamente oprimem certos grupos sociais (Freire, 1987). Nesse sentido, ela oferece uma possibilidade concreta de transformação social, ao contribuir para o fortalecimento da autonomia dos sujeitos e para a construção de novos sentidos e práticas no cuidado em saúde. A compreensão da saúde, aqui, ultrapassa a ausência de doenças, sendo entendida como o completo bem-estar físico, mental e social do indivíduo (Brasil *et al.*, 2017).

Historicamente, a EPS desempenhou um papel decisivo no Movimento da Reforma Sanitária Brasileira e na própria constituição do SUS. Sempre centrada no protagonismo das pessoas — fossem elas integrantes de movimentos sociais, trabalhadores da saúde ou instituições de ensino —, a Educação Popular em Saúde representa um esforço coletivo por uma prática emancipadora e transformadora da realidade social (Cruz, 2018).

Contudo, atualmente, a EPS enfrenta inúmeros desafios de ordem social, política e institucional. O desmonte de políticas públicas, o avanço da terceirização e da privatização de serviços no SUS, bem como a adoção de modelos de gestão autoritários e centrados em metas produtivistas, têm dificultado a sustentabilidade de práticas baseadas no diálogo, na escuta e no cuidado humanizado. Diante desse cenário adverso, a Educação Popular busca se reinventar por meio da construção de um protagonismo crítico e reflexivo, comprometido com a transformação social e a promoção de uma saúde mais justa e igualitária (Cruz, 2018).

Assim como a Educação Popular, a Vigilância Popular (VP) também tem como premissa central o protagonismo dos sujeitos, reconhecendo-os como detentores de saberes e experiências válidas. Essa perspectiva propõe uma análise crítica das realidades vividas, tanto no aspecto coletivo da opressão quanto na busca por caminhos de superação (Arjona *et al.*, 2024).

Foi com esse espírito que, Victor Valla, já citado anteriormente, propôs a incorporação da participação social nas práticas de vigilância em saúde. Inspirado pelas ideias freirianas, Valla defendeu uma vigilância que não se limitasse à coleta de dados ou à prevenção de doenças, mas que promovesse um processo pedagógico de construção da cidadania. Tal abordagem se concretiza no envolvimento das pessoas em seu território, identificando ações

potenciais para a promoção da vida e do bem-estar (Guimarães, 2022 e Arjona *et al.*, 2024).

Um dos marcos desse diálogo entre Educação Popular e Vigilância em Saúde foi o trabalho desenvolvido por Valla no final dos anos 1970, nas favelas do Rio de Janeiro. Nessa experiência, a vigilância foi concebida de forma participativa, envolvendo a comunidade nos processos de identificação de problemas e construção de soluções, o que contribuiu significativamente para a transformação social daqueles territórios (Lima e Fernandes, 2019).

Dessa maneira, a Educação Popular se apresenta como um potente instrumento metodológico para a análise dos contextos locais, promovendo o protagonismo popular e possibilitando a construção coletiva de conhecimentos e de políticas públicas de saúde mais eficazes e sintonizadas com as reais necessidades da população. (Arjona *et al.*, 2024).

Nesse sentido, ao reconhecer os saberes populares como legítimos e promover o protagonismo das comunidades na construção das práticas em saúde, a Educação Popular dialoga diretamente com as Epistemologias do Sul, que propõem a valorização dos conhecimentos historicamente marginalizados pelos paradigmas dominantes do Norte global.

Essa perspectiva crítica e contra-hegemônica também se alinha ao pensamento pós-abissal de Boaventura de Sousa Santos (2018), que denuncia as linhas de exclusão criadas pelo colonialismo e propõe a superação das divisões entre saberes considerados "válidos" e "inválidos". Assim, refletir sobre a Educação Popular em Saúde à luz das Epistemologias do Sul é um passo fundamental para ampliar os horizontes do conhecimento e fortalecer práticas de cuidado enraizadas na diversidade cultural, social e territorial dos povos.

2.4 EPISTEMOLOGIAS DO SUL E O PENSAMENTO PÓS-ABISSAL

As Epistemologias do Sul, formuladas a partir dos trabalhos de Boaventura de Sousa Santos (2018), configuram uma crítica profunda à colonialidade do saber que sustenta a hegemonia da ciência ocidental moderna. Trata-se de um esforço teórico e político para resgatar e reconhecer a legitimidade dos conhecimentos produzidos por povos e comunidades

historicamente marginalizados — indígenas, quilombolas, camponeses, ribeirinhos, povos de terreiro, populações periféricas urbanas, entre outros — cujas experiências de vida e práticas de resistência têm sido sistematicamente ignoradas, inferiorizadas ou apagadas pelos paradigmas eurocentrados.

Essa crítica se ancora na constatação de que o conhecimento moderno dominante está profundamente enraizado nas lógicas do colonialismo, do patriarcado e do capitalismo. Ao assumir-se como universal e neutro, esse modelo impõe uma monocultura do saber, desprezando a diversidade epistêmica existente no mundo. A ciência moderna, ao longo de sua consolidação histórica, construiu uma imagem de si mesma como única via legítima de conhecimento, o que levou ao silenciamento e à desqualificação de outros saberes — particularmente aqueles que emergem de territórios subalternizados e de experiências coletivas de resistência. Assim, promove-se o que Boaventura chama de epistemocídio: o assassinato simbólico de sistemas inteiros de conhecimento (Santos, 2021).

Nesse processo de exclusão, as comunidades periféricas urbanas ocupam um lugar estratégico de análise. Esses territórios, marcados por desigualdades históricas, são frequentemente reduzidos a espaços de carência e vulnerabilidade, apagando-se suas potências e sua capacidade de produzir saberes sobre si e sobre o mundo. A invisibilização dessas comunidades não é apenas social ou econômica, mas também epistêmica. Seus modos de vida, formas de cuidado, estratégias de sobrevivência, solidariedade e construção do comum são sistematicamente ignorados pelas instâncias formais de produção de conhecimento (Ramos *et al.*, 2023), incluindo muitas vezes as políticas públicas em saúde. Essa marginalização se perpetua quando a gestão em saúde e a atuação dos serviços não reconhecem as vozes desses sujeitos como produtoras legítimas de saber sobre seus próprios corpos, territórios e formas de cuidado.

O conceito de linha abissal, também desenvolvido por Santos (2021), ajuda a compreender essa lógica. A linha abissal separa, simbolicamente, o mundo “civilizado” — onde valem o direito, a ciência e o Estado — do mundo “selvagem”, considerado invisível ou subalterno. Ainda que essa divisão tenha surgido no contexto do colonialismo moderno, ela se mantém viva nos modos

atuais de produção de conhecimento e formulação de políticas públicas. Nesse contexto, pensar de forma pós-abissal é recusar essas fronteiras e afirmar a legitimidade dos conhecimentos produzidos a partir das margens, das experiências do cotidiano e da resistência à opressão.

Como resposta a essa realidade, emerge o conceito de ecologia de saberes, também proposto por Santos, como forma de romper com o monopólio epistemológico da ciência moderna. A ecologia de saberes pressupõe a coexistência, o diálogo e a cooperação entre diferentes formas de conhecimento, sem hierarquizá-los. É um convite a abandonar a lógica da competição epistêmica e a construir espaços de aprendizagem mútua, em que os saberes científicos, populares, ancestrais, empíricos e territoriais possam se complementar (Tavares, 2023). No campo da saúde, essa proposta tem implicações profundas: significa reconhecer que a produção do cuidado não se restringe ao saber biomédico, mas inclui também práticas tradicionais, saberes comunitários e experiências de vida, muitas vezes mais eficazes para determinados contextos do que as abordagens institucionalizadas (Santos, 2021).

A Educação Popular em Saúde, nesse sentido, pode ser compreendida como uma expressão concreta da ecologia de saberes no SUS e uma forma de pensamento pós-abissal. Ao valorizar o diálogo horizontal, a escuta sensível e a construção coletiva do conhecimento, a EPS permite que os saberes das comunidades sejam mobilizados como instrumentos de cuidado, resistência e autonomia (Oliveira, 2018).

Quando articulada à Vigilância Popular em Saúde, essa perspectiva amplia ainda mais seu potencial, na medida em que contribui para o mapeamento e a análise crítica dos determinantes sociais da saúde a partir das experiências locais.

Assim, a interseção entre as Epistemologias do Sul, o pensamento pós-abissal, a ecologia de saberes e a Educação Popular em Saúde oferece um referencial teórico robusto para repensar as políticas públicas e práticas de cuidado no SUS. Essa abordagem não só denuncia a exclusão de saberes, mas propõe caminhos para sua superação, por meio da valorização da

diversidade epistêmica e do reconhecimento das comunidades — inclusive as periféricas — como espaços legítimos de produção de conhecimento.

3 JUSTIFICATIVA

A presente dissertação se justifica pela necessidade de aprofundar o debate sobre a vigilância popular em saúde (VPS) como um dispositivo essencial para o fortalecimento do protagonismo comunitário no cuidado em saúde em um cenário marcado por desigualdades no acesso e na qualidade dos serviços.

A vigilância popular refere-se à atuação informada e engajada das comunidades na observação, análise crítica e fiscalização das políticas e práticas de saúde que afetam seu território. De acordo com Guimarães (2022), esse território é compreendido como um espaço existencial, que vai além da dimensão física e se configura como lugar de resistência, solidariedade e construção coletiva de saberes. Essa concepção está alinhada com os princípios da saúde coletiva e da promoção da saúde, que preconizam modelos participativos e emancipatórios de cuidado.

Entretanto, o envolvimento comunitário exige mais do que simplesmente dispor de informação técnica. Requer a construção de uma consciência crítica, sustentada por um processo contínuo de educação popular, que, segundo Paulo Freire (1987), valoriza o diálogo, a escuta e a troca de saberes. Essa abordagem pedagógica permite que os sujeitos se reconheçam como agentes ativos e transformadores de suas realidades, contribuindo para uma atuação cidadã e politicamente engajada.

Além disso, a efetividade da VPS depende da forma como o conhecimento é compartilhado. A linguagem técnica e a inacessibilidade da informação ainda são barreiras significativas, que muitas vezes afastam a população das discussões sobre saúde. Assim, a educação popular atua como mediadora entre o saber acadêmico e os saberes locais, criando um espaço propício para o debate crítico, a escuta ativa e o fortalecimento do protagonismo comunitário.

Nesse sentido, a Epistemologia do Sul, proposta por Boaventura de Sousa Santos (2010), também contribui significativamente para o embasamento teórico desta dissertação ao criticar a hegemonia do conhecimento ocidental e valorizar os saberes produzidos nas margens.

Santos defende a visibilidade dos conhecimentos "do outro lado da linha", que historicamente foram silenciados ou deslegitimados. Essa perspectiva permite compreender a VPS como uma prática contra-hegemônica, que reconfigura relações de poder no campo da saúde e promove justiça cognitiva e social.

Também é necessário reconhecer que as expressões culturais populares devem ser interpretadas como formas legítimas de conhecimento, e não como manifestações inferiores da cultura hegemônica. Essa valorização é fundamental para uma VPS eficaz, pois fortalece a identidade cultural das comunidades e amplia a potência política de suas práticas de cuidado (Arjona, 2024).

Ainda que a vigilância popular represente um caminho promissor para o fortalecimento da autonomia das comunidades, sua implementação enfrenta desafios. A articulação entre diferentes saberes pode gerar resistências e conflitos, exigindo habilidades de mediação e um ambiente democrático e respeitoso. A escuta ativa das demandas da comunidade e sua inserção nos processos decisórios são essenciais para garantir que as ações de vigilância respondam às reais necessidades da população.

Além dos benefícios sociais e políticos, a VPS também apresenta impactos econômicos relevantes. Ao permitir a identificação precoce de riscos e problemas de saúde, contribui para uma melhor alocação de recursos, evitando gastos com tratamentos tardios e promovendo intervenções mais eficazes e menos onerosas. A participação comunitária fortalece redes locais de cuidado, reduz a sobrecarga do sistema de saúde e diminui a dependência de intervenções externas. Ademais, contribui para a formação de líderes locais capacitados, gerando um efeito multiplicador que reduz custos com capacitações formais e fortalece o tecido social.

Dessa forma, esta dissertação se propõe a investigar de que modo a vigilância popular em saúde pode ser compreendida como um instrumento de emancipação e fortalecimento comunitário, a partir do diálogo entre os pensamentos de Paulo Freire e Boaventura de Sousa Santos. Além disso, ainda há uma lacuna na literatura sobre a intersecção crítica dessas duas abordagens na análise das práticas de VPS. Assim, este estudo pretende contribuir para a consolidação de um pensamento emergente que busca

legitimar e integrar os saberes populares nos processos de cuidado em saúde, reforçando a importância de se investir em modelos participativos, equitativos e sustentáveis.

4 OBJETIVO

Geral: Compreender o papel da Vigilância Popular para o protagonismo da comunidade no cuidado em saúde no território de Roda de Fogo.

Específicos:

- Realizar um diagnóstico situacional dos riscos de saúde enfrentados pela população e das práticas de cuidado existentes no território;
- Comparar o diagnóstico situacional realizado com a percepção dos comunitários;
- Entender a relação dos diferentes saberes existentes na prática do cuidado em saúde no território;
- Analisar o protagonismo da comunidade no cuidado em saúde.

5 METODOLOGIA

A concepção do estudo se deu a partir de um Programa de Extensão Universitária da Pós-Graduação (PROEXT-PG) Portaria Conjunta CAPES/SESU Nº 1, de 8 de novembro de 2023 e aprovado no edital interno da UFPE nº 16/2023 da CAPES, intitulado “Vigilância em saúde em territórios vulnerabilizados”, que busca identificar os problemas de saúde existentes na comunidade de Roda de Fogo, localizada no bairro dos Torrões, Zona Oeste do Recife-PE.

Trata-se de um estudo qualitativo de caráter exploratório e descritivo, método que permite o entendimento, a compreensão e a observação das relações entre as pessoas numa sociedade, buscando produzir investigações e reflexões sobre novas possibilidades para a situação-problema investigada (Paiva, Oliveira e Hillesheim, 2021).

A pesquisa busca compreender as relações entre os saberes presentes na comunidade, valorizando estratégias que vão além dos espaços institucionalizados dos serviços de saúde, como a Vigilância Popular. Essa abordagem é inspirada na perspectiva de Paulo Freire, especialmente em sua obra “Pedagogia do Oprimido” (Freire, 1987). Freire defende a importância da educação popular e do diálogo como forma de autonomia das comunidades oprimidas.

Dessa perspectiva, a presente dissertação almeja analisar a autonomia da comunidade em relação ao cuidado com a saúde, alinhando-se com a ideia freiriana de que o conhecimento deve ser construído coletivamente e que os saberes locais são fundamentais para o desenvolvimento de uma consciência crítica e de práticas emancipadoras (Freire, 1987).

A pesquisa também é fundamentada nos paradigmas propostos por Boaventura de Sousa Santos, que enfatiza a validação dos conhecimentos emergentes das lutas sociais e das experiências vividas nas comunidades. Santos sugere que o conhecimento deve reconhecer e integrar as práticas e saberes originados das realidades locais e das resistências sociais contra a opressão moderna (Santos, 2021).

Nesse sentido, o estudo propõe-se a evidenciar a invisibilização sistemática de saberes populares nos contextos de formulação e implementação das políticas públicas de saúde, especialmente em territórios historicamente marcados por vulnerabilidades sociais e violações estruturais de direitos humanos. Ao reposicionar esses saberes dentro de uma abordagem epistemológica crítica, busca-se romper com a lógica hegemônica que hierarquiza conhecimentos e deslegitima práticas construídas socialmente pelas comunidades, reconhecendo-os como componentes essenciais para a produção de cuidado e para a construção de modelos mais equitativos e participativos de atenção à saúde (Nogueira *et. al.*, 2024).

A primeira etapa do estudo foi a realização de um diagnóstico situacional para identificar os problemas enfrentados pela comunidade, segundo a visão dos trabalhadores e dos gestores locais. Este diagnóstico foi então comparado com a percepção dos moradores da comunidade para verificar se as necessidades e práticas identificadas correspondiam à realidade cotidiana da população em questão.

A pesquisa foi realizada utilizando três rodas de conversa (realizadas pelo projeto de extensão) e cinco entrevistas semiestruturadas para compreender as relações entre os saberes populares e os saberes técnicos de saúde existentes no território. Participaram entre quinze e doze pessoas nas rodas de conversa, entre elas moradores, trabalhadores da saúde, gestores da saúde, da educação e da assistência social e estudantes de medicina integrantes do projeto de extensão. Além desses, os cinco entrevistados, individualmente, foram dois moradores, dois gestores e um trabalhador da saúde, realizadas entre dezembro de 2024 e fevereiro de 2025. A seleção dos entrevistados seguiu a técnica de amostragem bola de neve, considerada adequada para o acesso a populações de difícil alcance (Bockorni e Gomes, 2021). Essa escolha metodológica justifica-se pela baixa adesão da população local a iniciativas provenientes de instituições públicas, como a Universidade, sendo, portanto, necessário recorrer a redes de referência e confiança previamente estabelecidas no território.

As entrevistas foram realizadas presencialmente e tratadas por meio da Análise de Conteúdo, conforme sistematizada por Laurence Bardin, enquanto

metodologia para o tratamento de dados qualitativos. Essa técnica se mostra particularmente eficaz na investigação de sentidos subjacentes às falas, uma vez que vai além da simples frequência de termos, buscando apreender as estruturas simbólicas, ideológicas e discursivas que permeiam os enunciados dos sujeitos (Bardin, 2016).

A Análise de Conteúdo permite a decomposição, categorização e reagrupamento das unidades de sentido presentes nas falas, favorecendo uma leitura crítica e interpretativa dos dados empíricos. Nesse sentido, sua aplicação neste estudo visa não apenas identificar regularidades discursivas, mas compreender como os significados produzidos nas práticas e experiências comunitárias revelam formas de resistência, saberes contra-hegemônicos e estratégias autônomas de cuidado e vigilância em saúde. A escolha por essa abordagem analítica reforça o compromisso com uma epistemologia qualitativa crítica, voltada à valorização das vozes historicamente silenciadas e à compreensão profunda das dinâmicas sociais que estruturam o território estudado (Cardoso; Oliveira e Ghelli, 2021).

Tanto os entrevistados quanto os participantes das rodas de conversa foram apelidados com codinomes que remetem ao trabalho e aos conceitos dos autores que estão baseando a pesquisa, Boaventura de Sousa Santos e Paulo Freire, a fim de garantir a ética, confidencialidade e segurança no processo de pesquisa. Ao lado do codinome constam letras que remetem à posição do entrevistado no contexto do território, sendo: M (morador(a), GAS (gestor(a) da assistência social), GS (gestor(a) da saúde), GE (gestor(a) da educação), T (trabalhador(a) e EM (estudante de medicina).

A pesquisadora esteve presente em todas as rodas de conversa e entrevistas, o que possibilitou uma apropriação mais aprofundada do material empírico e enriqueceu a compreensão das experiências e percepções manifestadas pelos interlocutores.

Para tanto, as informações obtidas foram categorizadas nos temas baseados em autores como Boaventura de Sousa Santos e Paulo Freire. Os domínios, categorias e suas respectivas descrições seguem de acordo com o quadro

1.

Quadro 1: Domínios, categorias e descrições

Domínios	Categorias	Descrição
Diagnóstico Situacional	História e Caracterização	Examina como a história local contribui, para elucidar as formas de resistência e de mobilização social que se entrelaçam com práticas de vigilância popular em saúde.
	Saneamento Básico	Avalia como vigilância popular, neste contexto, atua como ferramenta estratégica de denúncia, monitoramento e reivindicação por melhorias na infraestrutura urbana, contribuindo para a construção de ambientes saudáveis a partir da participação ativa da comunidade.
	Perfil Epidemiológico	Analisa como a leitura crítica dos dados epidemiológicos, quando aliada ao saber popular e à vivência comunitária, fortalece a construção de estratégias participativas de cuidado e de enfrentamento às iniquidades.
	Rede de Atenção Básica	Explora como a vigilância popular, atua não apenas no monitoramento e fiscalização da atuação do Estado, mas também propõem e constrói alternativas baseadas na escuta ativa e na mobilização coletiva.
Conscientização e Educação em Saúde	Processo de Conscientização	Examina a conscientização dos entrevistados sobre as questões de saúde da comunidade.
	Educação e Formação em Saúde	Avalia o papel da educação em saúde na vida dos entrevistados como a educação e formação contribuem para a conscientização em relação às questões de saúde.
Epistemologias dominantes e Prática viva	Valorização da Experiência	Explora como as experiências e práticas dos entrevistados são reconhecidas como fontes legítimas de conhecimento e como isso reflete nas narrativas.
	Diálogo e Participação comunitária	Analisa a qualidade e a natureza dos diálogos em saúde. Assim como a forma que os entrevistados participam das práticas do cuidado.
Transformação Social e Ação Comunitária em Saúde	Ações para Transformação	Avalia as ações e iniciativas que visam transformar as condições de saúde e as políticas públicas.
	Fortalecimento Comunitário	Explora como a vigilância popular em saúde contribui para o protagonismo da comunidade.

Fonte: Adaptado de Freire, 1987 e Santos 2021.

A análise, buscou aprofundar a compreensão das articulações do cuidado estabelecidas no interior da comunidade, por meio da interpretação

crítica do material empírico à luz do referencial teórico adotado. A análise foi orientada pela identificação de padrões, tensões e significados presentes nas narrativas, permitindo o confronto entre os dados coletados e os conceitos do arcabouço teórico-metodológico.

Desse modo, a metodologia adotada nesta pesquisa configura-se como um processo investigativo comprometido com a escuta ativa, o rigor analítico e a valorização dos saberes produzidos nos territórios populares. Ao articular procedimentos qualitativos com referenciais teóricos críticos e emancipatórios, a proposta metodológica busca transcender uma abordagem meramente descritiva, assumindo o desafio de produzir conhecimento a partir do diálogo com a experiência concreta dos sujeitos históricos que compõem a comunidade de Roda de Fogo.

6 ASPÉCTOS ÉTICOS, ANÁLISE E PROCESSAMENTO DE DADOS

A coleta de dados iniciou-se após a obtenção da Carta de Anuênciā (ANEXO A) e da aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco, CAEE 83539724.3.0000.5208 (ANEXO B).

Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C), dando ciência da pesquisa e consentindo sua participação.

Foram respeitados os princípios da beneficência, não maleficência, justiça e equidade sociais, assim como a autonomia. Além disso, foram assegurados o anonimato e o sigilo das informações fornecidas, estando de acordo com as orientações da Resolução CNS nº 510/2016.

Os potenciais riscos envolvendo a realização da pesquisa correspondem a algum desgaste físico ou emocional ao responder os questionamentos da entrevista. Para minimizá-los, a entrevista foi realizada de maneira privada, com participação apenas do entrevistado e entrevistador. Caso ocorresse algum tipo de dano citado acima, o participante poderia contar com o apoio da equipe, garantindo assistência integral e imediata.

Como benefícios, os resultados da pesquisa irão contribuir para o fortalecimento da importância da participação popular no debate da política de vigilância em saúde. Assim como ajudarão a dar visibilidade a outros tipos de conhecimentos que promovam a autonomia das comunidades.

Os dados oriundos da coleta de dados foram baixados em dispositivo eletrônico local, ficarão disponíveis para acesso exclusivo do pesquisador e serão mantidos, em posse da coordenadora desta pesquisa, Aryanne Vanessa Silva Andrade do Amaral, no seguinte endereço: Rua Fernandinho, 70. CEP: 52091-160. Córrego do Jenipapo, Recife/PE Fone: (81) 99527-6271. Não foram guardadas cópias online das informações em nenhum tipo de plataforma virtual, sendo descartadas após o período de cinco anos.

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

INTRODUÇÃO

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) representou um marco histórico na construção de um modelo de saúde pública, universal e integral no Brasil. Desde então, abriu-se um espaço importante para debates voltados ao aprimoramento das políticas de saúde (Guimarães, 2005). A vigilância em saúde figura como uma das áreas estratégicas da saúde coletiva, embora historicamente tenha sido negligenciada em termos teóricos e políticos (Porto, 2017).

Com a instituição da Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), por meio da Resolução nº 588/2018 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), buscou-se orientar o planejamento e execução das ações de vigilância nas três esferas de gestão do SUS. A PNVS se posiciona como política de Estado e destaca a vigilância em saúde como função essencial, com caráter universal, transversal e orientador do modelo de atenção à saúde (Brasil, 2018). Sua lógica inclui a integração de ações que extrapolam os espaços institucionais e reconhecem as condições sociais, ambientais e culturais da população (Guimarães *et al.*, 2022).

Contudo, o modelo tradicional de saúde pública no Brasil revela limitações marcadas por heranças do colonialismo eurocentrismo e práticas excludentes, como propõe Boaventura de Sousa Santos com as Epistemologias do Sul (2021), exigindo alternativas mais equitativas (Porto, 2017). Além disso, a fragmentação entre as esferas municipal, estadual e federal evidencia a fragilidade do pacto federativo, com momentos históricos de centralização e, em outros, de protagonismo local (Guimarães, 2005).

Neste contexto, emerge a proposta de Vigilância Popular em Saúde (VPS), inspirada na educação popular de Paulo Freire (1987), que se constitui como uma leitura crítica da realidade, e nas reflexões de Victor Valla (1996), como resposta crítica ao modelo tecnocrático e verticalizado de vigilância. A VPS propõe, portanto, uma "epidemiologia do cotidiano", construída de forma

participativa entre setores populares e profissionais engajados com o serviço e que reconheçam os atores envolvidos no processo (Guimarães *et al.*, 2022).

Para compreender o papel da VPS no protagonismo da comunidade no cuidado em saúde no território de Roda de Fogo, Recife-PE, esse estudo propõe realizar um diagnóstico situacional dos riscos enfrentados pela população e das práticas de cuidado existentes, buscando entender como essas práticas se articulam com os saberes locais. Além disso, pretende-se comparar esse diagnóstico com a percepção dos comunitários, a fim de identificar possíveis lacunas entre a realidade identificada pelos gestores e a experiência vivida pelos moradores.

METODOLOGIA

O presente artigo é fruto de uma pesquisa de dissertação que constitui um recorte do projeto de extensão “Vigilância em saúde em territórios vulnerabilizados”, aprovado no edital da UFPE nº 16/2023, com financiamento CAPES. A coleta de dados referente à pesquisa de dissertação foi iniciada somente após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco, sob o parecer 7.246.670. Trata-se de um estudo qualitativo, de caráter exploratório e descritivo, fundamentado nas abordagens de Paulo Freire (1987) e Boaventura de Sousa Santos (2006 e 2021), com foco na valorização dos saberes comunitários e na promoção da autonomia local do cuidado em saúde (Paiva, Oliveira e Hillesheim, 2021).

A pesquisa foi realizada utilizando três rodas de conversa (realizadas pelo projeto de extensão) e cinco entrevistas semiestruturadas para compreender as relações entre os saberes populares e os saberes técnicos de saúde existentes no território. Participaram entre quinze e doze pessoas nas rodas de conversa, entre elas moradores, trabalhadores da saúde, gestores da saúde, da educação e da assistência social e estudantes de medicina integrantes do projeto de extensão. Além desses, os cinco entrevistados, individualmente, foram dois moradores, dois gestores e um trabalhador da saúde, realizadas entre dezembro de 2024 e fevereiro de 2025. A seleção dos entrevistados seguiu a técnica de amostragem bola de neve. Essa escolha metodológica

justifica-se pela baixa adesão da população local a iniciativas provenientes de instituições públicas, como a Universidade, sendo, portanto, necessário recorrer a redes de referência e confiança previamente estabelecidas no território.

Tanto os entrevistados quanto os participantes das rodas de conversa foram apelidados com codinomes que remetem ao trabalho e aos conceitos dos autores que estão baseando a pesquisa, Boaventura de Sousa Santos e Paulo Freire, a fim de garantir a ética, confidencialidade e segurança no processo de pesquisa. Ao lado do codinome constam letras que remetem à posição do entrevistado no contexto do território, sendo: M (morador(a), GAS (gestor(a) da assistência social), GS (gestor(a) da saúde), GE (gestor(a) da educação), T (trabalhador(a) e EM (estudante de medicina).

A pesquisadora esteve presente em todas as rodas de conversa e entrevistas, o que possibilitou uma apropriação mais aprofundada do material empírico e enriqueceu a compreensão das experiências e percepções manifestadas pelos interlocutores.

As entrevistas e rodas de conversa foram gravadas em um dispositivo móvel, sendo precedidas por autorização dos entrevistados, e analisadas por meio da Análise de Conteúdo de Bardin (2016), permitindo a interpretação crítica dos sentidos presentes nas falas, com ênfase nos saberes contra hegemônicos do cuidado em saúde (Cardoso; Oliveira e Ghelli, 2021).

Para tanto, as informações obtidas foram categorizadas nos temas baseados em Paulo Freire e Boaventura. Os domínios, categorias e suas respectivas descrições seguem de acordo com o Quadro 1.

Quadro 1 - Domínios, categorias e descrições

Domínios	Categorias	Descrição
	História e Caracterização	Examina como a história local contribui, para elucidar as formas de resistência e de mobilização social que se entrelaçam com práticas de

		vigilância popular em saúde.
	Saneamento Básico	Avalia como a vigilância popular, neste contexto, atua como ferramenta estratégica de denúncia, monitoramento e reivindicação por melhorias na infraestrutura urbana, contribuindo para a construção de ambientes saudáveis a partir da participação ativa da comunidade.
Diagnóstico Situacional	Perfil Epidemiológico	Analisa como a leitura crítica dos dados epidemiológicos, quando aliada ao saber popular e à vivência comunitária, fortalece a construção de estratégias participativas de cuidado e de enfrentamento às iniquidades.
	Rede de Atenção Básica	Explora como a vigilância popular, atua não apenas no monitoramento e fiscalização da atuação do Estado, mas também propõem e constrói alternativas baseadas na escuta ativa e na mobilização coletiva.
	Processo de Construção	Examina a construção do saber dos entrevistados sobre as questões de saúde da comunidade.

Construção Crítica do saber em saúde	Educação e Formação em Saúde	Avalia o papel da educação em saúde na vida dos entrevistados e como a educação e formação contribuem para a conscientização em relação às questões de saúde.
	Valorização da Experiência	Explora como as experiências e práticas dos entrevistados são reconhecidas como fontes legítimas de conhecimento e como isso reflete nas narrativas.
Epistemologias dominantes e Prática viva	Diálogo e Participação Comunitária	Analisa a qualidade e a natureza dos diálogos em saúde. Assim como a forma que os entrevistados participam das práticas do cuidado.
	Ações para Transformação	Avalia as ações e iniciativas que visam transformar as condições de saúde e as políticas públicas.
Transformação Social e Ação Comunitária em Saúde	Fortalecimento Comunitário	Explora como a vigilância popular em saúde contribui para o protagonismo da comunidade.

Fonte: FREIRE, P., 1987 e SANTOS, B.S., 2021. Elaboração.: Autoras, 2025.

A análise, buscou aprofundar a compreensão das articulações dos saberes na comunidade, com base em uma interpretação crítica do material empírico, guiada pelo referencial teórico adotado e foi orientada pela identificação de padrões, tensões e significados nas narrativas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Diagnóstico comunitário - Territorialização e a Construção do Pertencimento Comunitário

A territorialização é fundamental para políticas de saúde eficazes, ao integrar as dimensões sociais, culturais e históricas dos territórios e orientar o planejamento local (Santos, 2016). É nesse contexto que se insere a comunidade de Roda de Fogo, localizada na zona oeste do Recife, que se caracteriza pela alta densidade populacional e ocupações informais, refletindo desafios que impactam diretamente nas práticas de saúde da população local.

Do ponto de vista legal, o território da comunidade integra a Zona Especial de Interesse Social (ZEIS) dos Torrões, conforme previsto pela Lei Municipal n.º 16.176/96. Essas zonas têm como finalidade reconhecer e regularizar assentamentos informais de baixa renda, promovendo sua urbanização e integração ao tecido urbano formal. No entanto, apesar desse enquadramento legal, a realidade é de negligência institucional.

A falta de acompanhamento sistemático da gestão pública e a escassez de dados sociodemográficos atualizados reforçam a exclusão dos territórios vulneráveis, conforme destacado por Freire (1987).

Contudo, a longevidade da comunidade também revela desafios persistentes. Conforme relata abaixo o morador Voz dos Oprimidos - M.

"Alguns problemas não mudam nunca, desde 38 anos atrás, quando fundaram ela."

Essa permanência de problemas estruturais, especialmente na área da saúde e da infraestrutura urbana, se agrava diante do perfil demográfico atual da comunidade. Estima-se que cerca de 70% dos moradores sejam idosos —

muitos dos quais são fundadores da comunidade. Nesse sentido percebe-se nas falas do morador e da trabalhadora de saúde que a comunidade acompanha a tendência mundial de envelhecimento:

“70% da comunidade é formada por idosos, são pessoas que fundaram a comunidade há 38 anos atrás, na casa deles é uma escadinha e mora muita gente. 90% da comunidade é de baixa renda. São pessoas que trabalham hoje pra comer hoje, pagam o aluguel hoje e hoje mesmo estão devendo.” (Voz dos Oprimidos - M)

“Os principais problemas de saúde enfrentados pela comunidade se dá principalmente por causa do número de idosos da comunidade.” (Transformadora da Realidade - T)

A condição de vulnerabilidade se intensifica quando se considera o predomínio de moradias alugadas e a dependência da economia informal. O comércio local, especialmente as barracas e pequenos empreendimentos, representa a principal fonte de renda de muitas famílias, como nos traz um dos gestores entrevistados.

“(...) vive muito do comércio informal, aquelas pessoas que botam barraquinhas de confeito, ou uma barraca de bebidas. O comércio em Roda de Fogo é muito forte.”
(Construtor da Autonomia - GS)

O território passa então, a ser entendido como espaço de contradições e possibilidades. A expansão urbana e populacional da comunidade, impulsionada por iniciativas locais diante da ausência de políticas públicas adequadas, evidencia a importância de mapear dinâmicas territoriais que influenciam as condições de saúde e vulnerabilidade (Baydum *et al.*, 2022).

Diagnóstico comunitário – Saneamento Básico

Sem um planejamento adequado dos espaços, problemas como a falta de saneamento começaram a surgir e, dentre esses, os que se destacam são

problemas na precariedade da coleta seletiva de resíduos sólidos, no esgotamento sanitário e na falta de água.

Os problemas de organização espacial estão associados a práticas estruturais e cotidianas observadas no território, como o descarte inadequado de resíduos. Esse cenário contribui para um ciclo recorrente, em que a limpeza realizada pela prefeitura é seguida por novos acúmulos de lixo, refletindo desafios complexos de gestão urbana e sensibilização ambiental (GO Associados, 2021). No que se refere ao esgotamento sanitário, é possível observar o lançamento de efluentes ao longo da área, evidenciando a necessidade de melhorias na infraestrutura e nas políticas públicas locais.

É válido destacar que apesar dos problemas visíveis relatados tanto por parte dos moradores, quanto por parte das pessoas que trabalham na comunidade, de acordo com a gestão da Prefeitura, o serviço de saneamento acontece de forma regular, tal como consta na Lei Federal n.º 6.766, de 19 de dezembro de 1979, Lei do Parcelamento do Solo (Brasil, 1979), que estabelece normas para o parcelamento do solo levando em consideração a infraestrutura nas áreas decretadas por lei como sendo de interesse social.

Diante desse cenário, é relevante destacar que a execução da pesquisa foi impactada pelos recorrentes alagamentos ocorridos na localidade durante o mês de janeiro, os quais comprometeram o acesso ao território. Esses eventos demandaram intenso esforço por parte dos líderes locais, que assumiram papel central nas ações de resposta e reorganização comunitária após cada episódio de chuva, quer fosse na arrecadação e transporte de doações, ou retirando as pessoas dos locais de risco e denunciando a situação por meio das mídias sociais.

Diagnóstico comunitário - Perfil Epidemiológico

As enchentes recorrentes, a exposição à ambientes insalubres e a falta de infraestrutura básica, como água potável e saneamento, contribuem para o agravamento das condições de saúde em comunidades vulneráveis. Diante disso, doenças crônicas como diabetes e hipertensão que são prevalentes no Sul Global, são intensificadas por fatores socioeconômicos como pobreza,

desigualdade no acesso aos serviços de saúde e má alimentação (Barreto, 2017).

Nesse contexto, as infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), como HIV e sífilis, afetam de forma desproporcional populações em situação de vulnerabilidade — mulheres, população negra, LGBTQIA+ e pessoas em situação de pobreza — refletindo desigualdades estruturais e territoriais (Amesty *et al.*, 2023). A compreensão dessas condições evidencia a urgência de um mapeamento que articule dados epidemiológicos às dinâmicas sociais e espaciais que sustentam a exclusão dessas populações vulnerabilizadas.

“(...) mas também tem muitos problemas de ISTs”
(Transformadora da realidade - T)

“Os adolescentes aqui iniciam a vida sexual muito cedo. Têm meninos aqui com sífilis enorme [...] Meninas de 17 anos grávidas com HIV.” (Cidadão Crítico - T)

A perspectiva de saúde proposta por Freire (1987) e Santos (2018) amplia a análise biomédica ao incorporar dimensões sociais, culturais e econômicas que moldam o risco e o acesso à prevenção e ao cuidado. A abordagem ampliada da saúde permite compreender os fatores sociais que influenciam a gravidez na adolescência.

“No posto recebemos muitas adolescentes grávidas, com pais também adolescentes. Perpetuando o ciclo da pobreza, pois abandonam o estudo. A autoestima baixa também e por aí vai.” (Cidadão Crítico - T)

“As mulheres têm um menino atrás do outro, então é uma comunidade que não conseguimos fazer esse processo [planejamento familiar]. Temos tentado várias estratégias de implanom, de DIU, mas que não são efetivos.”
(Construtor da Autonomia - GS)”

No caso da gravidez na adolescência, a crise da interpretação pode ser vista na forma como a sociedade interpreta a gravidez precoce (Valla, 1996). Muitas

vezes, as políticas públicas e os discursos sobre a gravidez na adolescência tratam o problema como algo a ser resolvido apenas com informações sobre contracepção, sem levar em consideração as causas sociais estruturais, como a pobreza, a falta de acesso a serviços de saúde e educação, e as expectativas culturais (Freire, 1987; Valla, 1996 e Santos, 2021).

A pobreza molda as formas de saber e os modos de vida das adolescentes. As respostas convencionais e únicas (como apenas dar informações técnicas sobre contracepção) podem não ser eficazes. Uma ecologia dos saberes que reconhece os contextos sociais, culturais e econômicos das adolescentes e que integra diferentes formas de conhecimento pode ser mais eficaz na prevenção da gravidez precoce (Nobrega, 2023).

Somando a isso, a tuberculose e a hanseníase são doenças cujas transmissões podem ser favorecidas por condições de superlotação nas residências. A tuberculose, transmitida pelo ar, encontra um ambiente propício à sua propagação em casas com ventilação inadequada e convivência próxima entre os moradores, o que aumenta a probabilidade de contato com indivíduos infectados (Bezerra e Bandeira, 2023). Embora a hanseníase apresente uma transmissão mais complexa, exigindo contato íntimo e prolongado com pessoas infectadas, a aglomeração e a dificuldade de manter o distanciamento em ambientes superlotados também contribuem para a disseminação da doença (Bezerra e Bandeira, 2023).

“É um ciclo de miséria mesmo, as casas são muito cheias, tanto de crianças quanto de adultos. Uma casa com dois quartos tem umas 12 pessoas” (Cidadão Crítico - T)

“Quanto às questões mais específicas de saúde, não fugindo dos padrões de Recife, a comunidade é endêmica pra TB e Hansen.” (Construtor da Autonomia - GS)

O contexto de pobreza e as visões fragmentadas das políticas públicas podem perpetuar esses problemas. A solução passa por reconhecer as múltiplas realidades e propor respostas que envolvam tanto o conhecimento técnico quanto o respeito e a valorização das práticas e saberes locais.

As condições de saúde mental e de neurodiversidade, também apresentam forte correlação com a pobreza, reforçando um ciclo de exclusão que limita o acesso a cuidados e agrava desigualdades estruturais (Coldibele, Paiva & Batista, 2021). Nos países do Sul Global, os sistemas públicos de saúde enfrentam fragilidades financeiras e operacionais que dificultam diagnósticos e tratamentos adequados, especialmente nas periferias urbanas e áreas de maior vulnerabilidade socioeconômica.

“Também têm as questões mentais, principalmente com as mães de crianças com neurotipicidade, esse é um horror, falo assim, pois a resolução é muito difícil.”
(Transformadora da realidade - T)

“Fora esses problemas todos, tem que contar que estamos no século XXI e tem muita gente desenvolvendo problema mental. É ansiedade, depressão... Ainda mais depois da pandemia que ficou todo mundo em casa, sem emprego. Eu mesmo, tenho ansiedade, me trato com um psicólogo e psiquiatra particular, se eu fosse precisar do SUS era mais de um ano na fila, e assim, o tratamento não é igual, não tem como ser.” (Voz dos Oprimidos - M)

Esses desafios são agravados por abordagens biomédicas normatizadas, muitas vezes pouco sensíveis à diversidade cultural e aos saberes locais. A proposta de uma ecologia de saberes (Santos, 2021) amplia essa discussão ao destacar a necessidade de reconhecer diferentes formas de conhecimento e experiência no cuidado à saúde mental. Integrar esses saberes pode aprimorar práticas terapêuticas e políticas públicas, tornando-as mais próximas às realidades territoriais e contribuindo para um modelo de saúde mental mais inclusivo, culturalmente situado e sensível às desigualdades do Sul Global.

A partir dessa perspectiva, torna-se fundamental analisar de que forma a rede de atenção primária tem se estruturado no território e qual tem sido sua capacidade de dialogar com a comunidade, acolher suas demandas e promover práticas de cuidado integradas e sensíveis à realidade local.

Diagnóstico comunitário – Rede de Atenção Primária

A Atenção Primária em Saúde tem um papel crucial, pois é uma estratégia fundamental para a promoção da saúde e a redução das desigualdades em países do Sul Global (Brasil, 2018 e Santos *et al.*, 2025). Ao ser acessível, próxima das comunidades e orientada para a saúde integral (ao invés de tratamentos apenas curativos), reflete o princípio de equidade, um valor central em muitos sistemas de saúde do Sul Global.

Quanto a Rede de Atenção Primária do bairro de Torrões:

“(...) Possui 4 unidades de saúde, sendo 3 UBS [Unidade Básica de Saúde] e 1 upinha. Desses 3 UBS, 1 fica dentro da comunidade de Roda de Fogo. O horário de funcionamento é de segunda a sexta-feira, das 7h às 17h, mas na segunda à tarde não há atendimento, pois tem reunião com a gestão.” (Transformadora da Realidade - T)

Podemos observar que a totalidade do bairro é facilmente confundida com a comunidade de Roda de Fogo, devido ao fato de essa localidade representar uma parte significativa do território de Torrões (Santos, 2016), o que também dificulta a delimitação territorial para o planejamento do atendimento da população adscrita à Unidade Básica de Saúde.

“As equipes não são suficientes pra atender a comunidade, o dimensionamento que a gente tem em Roda de Fogo hoje é muito maior do que o que seria preconizado pela Saúde da Família. Cosirof, por exemplo, a gente tem 10 mil pessoas pra duas equipes. Macaé é uma equipe só, é sobrecarregada. Sinos é uma equipe só, também é sobrecarregada. Então são equipes que precisam de expansão, redivisão e expansão.” (Construtor da Autonomia - GS)

“Temos falhas no cuidado com o território, porque é um território muito enxarcado, então não há condições de um enfermeiro da família cuidar de 8 mil pessoas, 7 mil

pessoas, tem que partir pra reestruturação da comunidade e das equipes, deveria ser a prioridade zero. A partir do momento que o território for reorganizado, a gente consegue organizar melhor o processo de cuidado. Recomposição de áreas que não têm agente de saúde há muito tempo." (Transformadora da Realidade - T)

A sobrecarga da Atenção Primária, especialmente nas regiões do Sul Global, compromete sua função como porta de entrada e eixo estruturante do cuidado em saúde. Tal cenário evidencia não apenas falhas na capacidade de resposta das equipes, mas também os impactos de desigualdades históricas e estruturais que afetam o acesso e a equidade nos serviços (Dezem & Oliveira, 2023). Em contextos marcados por vulnerabilidades sociais, a descentralização dos serviços e a inserção territorial da Atenção Primária tornam-se estratégias fundamentais para adaptar os cuidados às realidades locais, desafiando modelos hegemônicos de saúde importados do Norte Global (Brasil, 2018 e Santos *et al.*, 2025).

A integração entre Atenção Primária e Vigilância Popular em Saúde pode potencializar a resposta biomédica ao promover o diagnóstico precoce, a adaptação das estratégias assistenciais ao contexto local e a gestão compartilhada da saúde. Essa articulação, alinhada a uma perspectiva pós-abissal (Dezem & Oliveira, 2023), fortalece o mapeamento participativo dos determinantes sociais da saúde e amplia a efetividade das ações em territórios marcados por profundas desigualdades.

Construção Crítica do Saber em Saúde – Processo de Construção

A vigilância popular em saúde, enquanto estratégia de fortalecimento do protagonismo comunitário, articula-se a processos educativos que ampliam a compreensão crítica sobre os determinantes da saúde. Mais do que reconhecer demandas, trata-se de um processo de construção onde se faz necessário capacitar as comunidades para interpretar e intervir sobre os fatores sociais, econômicos e culturais que afetam sua realidade (Conceição *et al.*, 2020; Cruz *et al.*, 2024).

Inspirada na pedagogia dialógica de Freire (1987), essa construção envolve a troca de saberes e promove a apropriação de instrumentos de monitoramento local, permitindo que os próprios comunitários atuem no enfrentamento das vulnerabilidades do território. Essa perspectiva encontra eco na fala de uma representante da gestão, que destaca a importância do controle social exercido pela comunidade.

"Quando a proposta estava sendo apresentada, falando de vigilância social, na assistência social falamos muito de Controle Social, né?! E aí temos a página Roda de Fogo Ordinário, que vem exercendo esse papel de controle social na comunidade, que só potencializa o trabalho do CRAS, porque a gente costuma dizer que somos multiplicadores, e estou aqui na certeza de que a disseminação desses conhecimentos irá contribuir na construção de práticas comunitárias saudáveis. E aí, esse trabalho da página, eu sou testemunha do quanto tem contribuído até para o próprio trabalho do poder público. Poderia citar experiência de quando eles começaram a se organizar, a exercer a pressão, o poder, o controle, isso só potencializou. Porque o poder público também precisa dessa rede de apoio, e a comunidade é essa rede de apoio que precisamos para conseguir fortalecer os direitos de cidadania para o povo. Então, temos que ver eles como nossos aliados, pois eles potencializam ainda mais o nosso papel de gestão na comunidade." (Libertadora de Saberes - GAS)

A participação comunitária no monitoramento das condições de saúde e vida, tal como evidenciado na experiência da página de instagram "Roda de Fogo Ordinário", reforça o papel da comunidade como agente de controle social e não apenas como receptora passiva de políticas públicas (Cruz, 2024). Essa apropriação de ferramentas e espaços de denúncia e articulação local fortalece

a vigilância popular em saúde como prática concreta de transformação territorial, ampliando a capacidade de resposta frente às vulnerabilidades.

Esse modelo rompe com a lógica hierárquica entre Estado e comunidade, apontando para uma interdependência estruturada no diálogo e no reconhecimento mútuo de saberes — uma perspectiva alinhada à proposta pós-abissal (Santos, 2021). Ao integrar a população no planejamento e na gestão, promove-se não apenas a efetividade das ações em saúde, mas também a construção de cidadania ativa, com impactos diretos sobre o mapeamento e enfrentamento das iniquidades nos territórios.

No entanto, a construção desse diálogo enfrenta desafios, como aponta um trabalhador da saúde ao relatar as dificuldades na comunicação entre as unidades de saúde e a população:

"As unidades de saúde não são integradas, assim como a UBS de Roda de Fogo não possui uma maneira adequada de repassar as informações para a comunidade, a não ser nas próprias consultas. Se fizer grupos, eles não vão. Já tentei fazer grupos de grávidas, de homens etc., mas a adesão é muito baixa. O novo gerente que está tentando uma forma de aproximação com a comunidade, mas não sei dizer o formato."

(Transformadora de Realidade - T)

A fala do trabalhador da saúde revela um entrave fundamental para o processo de construção: a dificuldade de comunicação entre os serviços de saúde e a comunidade. A baixa adesão da população a grupos de discussão e ações coletivas pode ser um reflexo da falta de estratégias eficazes para engajar os moradores. Isso demonstra a necessidade de métodos mais participativos e alinhados à realidade local, reforçando o princípio freiriano de que a construção crítica do saber em saúde deve partir de um processo dialógico, no qual a troca de saberes acontece de forma horizontal e acessível.

Ao mesmo tempo, a tentativa do novo gerente de buscar uma aproximação com a comunidade mostra que há um esforço para reverter essa situação. No

entanto, a incerteza sobre o formato dessa aproximação evidencia um desafio que precisa ser superado: como construir pontes entre os serviços públicos e a comunidade de forma eficaz?

Os discursos revelam, ainda, que apesar das dificuldades relatadas, há tentativas de integrar diferentes canais de comunicação e fortalecer o vínculo entre os serviços de saúde e a comunidade. O uso de redes sociais e aplicativos de mensagens pode ser uma estratégia eficaz para ampliar o acesso à informação e incentivar a participação ativa da população. No entanto, como aponta o representante da gestão, ainda há desafios a serem superados.

"A população ainda desconhece os meios institucionais e acaba centralizando as demandas nos líderes, que são quem se mobiliza para resolver os problemas. Então ou a gente não fica sabendo da demanda como um todo, ou fica sabendo da demanda vinda de 3 ou 4 pessoas."

(Construtor da Autonomia - GS)

Esse relato reforça que, mesmo com os esforços para melhorar a comunicação, muitas demandas da comunidade não chegam aos serviços formais, sendo mediadas apenas por alguns líderes locais. Isso mostra que, para que a construção crítica do saber em saúde seja efetiva, é necessário não apenas criar canais de comunicação, mas também garantir que a população os conheça e confie neles.

A fala dos moradores sobre a realidade local e do atendimento de saúde reflete as limitações no acesso e no acompanhamento dos serviços médicos e das políticas públicas na comunidade, apontando para lacunas na construção sobre a importância da prevenção e do cuidado contínuo.

"Aqui têm dias de hipertensão, mas não tem uma conversa com os jovens, o médico mal atende nos dias dele." (Padrão de Resistência - M)

"A comunidade não tem projetos que tirem os adolescentes das drogas. Eles não têm o que fazer

quando largam da escola e acabam se envolvendo no mundo das drogas. Vivemos numa comunidade carente, as mães não tem condições de colocar seus filhos em cursos." (Voz dos Oprimidos - M)

As falas evidenciam falhas na promoção da saúde preventiva e na aproximação com o público jovem, devido à ausência de programas educativos e atendimento inadequado, o que dificulta o engajamento dos comunitários. É necessário ampliar a atuação para incluir todas as faixas etárias, com educação em saúde adaptada às suas necessidades. Apesar das dificuldades, há sinais de um protagonismo popular, ainda incipiente e fragmentado, manifestado no uso de redes sociais para controle social, pressão organizada ao poder público e consciência crítica dos moradores sobre problemas estruturais, indicando uma prática cidadã emergente que precisa ser fortalecida e sistematizada.

Construção Crítica do Saber em Saúde – Educação e Formação em Saúde

A proposta de formação em saúde, no modelo de vigilância popular, deve incentivar a autonomia das comunidades, capacitando-as para que possam monitorar suas próprias condições de saúde e reivindicar políticas públicas que atendam às suas necessidades. Isso se alinha ao pensamento pós-abissal (Santos, 2016), que desafia a divisão binária entre o que é considerado saber legítimo e o que é marginalizado, afirmando que o saber das populações deve ser igualmente valorizado, sendo parte fundamental para a construção de uma saúde que seja verdadeiramente inclusiva e democrática.

As falas analisadas no campo empírico demonstram as tensões entre a formação tradicional no campo da Saúde e a emergência de saberes e práticas que visam incorporar o saber popular. Um estudante de medicina, participante de uma das rodas de conversa, aponta que:

"O curso de medicina tem uma falha muito grande, a gente não tem um contato muito forte com a sociedade civil que a gente vai trabalhar, é uma coisa muito técnica [...] a gente não vê os problemas sociais, a gente fica

restrito lá, estudando livros. É uma visão muito cartesiana e mecanicista." (Eco do Sul - EM)

A crítica expressa nessa fala revela uma formação biomédica ainda centrada na racionalidade técnica, desvinculada das dimensões sociais da saúde. Trata-se de uma formação que pouco dialoga com os territórios e com as realidades vividas pelas populações.

Tal estrutura formativa reforça o que Santos denomina de pensamento abissal, que separa o saber acadêmico da experiência comunitária (Dezem e Oliveira, 2024).

Outro estudante de medicina, ao refletir sobre a vigilância em saúde, avança na compreensão da intersetorialidade e da necessidade de escuta:

"A vigilância em saúde é algo mais para a prática [...] Acho que tem uma defasagem na escuta da pessoa, do indivíduo, do cidadão com a própria gestão. [...] A saúde é uma área integrada que não depende somente dos médicos, mas da gestão e da habitação." (Cartógrafo Popular - EM)

Esse trecho aponta para uma compreensão ampliada da saúde e para a importância do diálogo entre diferentes setores e saberes. Ao reconhecer a interdependência entre saúde, gestão e políticas públicas, o estudante sinaliza uma ruptura, ainda que inicial, com a lógica tecnicista predominante nos cursos da área da saúde.

Aqui podemos identificar o princípio freiriano do diálogo como caminho para a construção coletiva do saber. A escuta ativa da comunidade, enquanto base para o planejamento e a ação em saúde, representa um rompimento com a lógica verticalizada. Para Boaventura de Sousa Santos (2006), reconhecer que o cuidado não é exclusivo dos especialistas, mas construído também nos espaços cotidianos e nas relações da comunidade, é um passo essencial para descolonizar o saber médico-centrado.

A fala de uma gestora da educação acrescenta:

“Quando alguém vem para a comunidade e tem a proposta de ver além do muro das universidades, a gente aceita, estimula e agradece [...]. A escola tem que ser um campo de pesquisa, de desafios e de conhecimentos compartilhados.” (Sul Falante - GE)

Trata-se aqui de um exemplo do que Freire (1987) propõe como “inéditos viáveis”: a capacidade coletiva de buscar realizar formas novas de existir, mesmo diante das dificuldades. A gestora reivindica o território como espaço legítimo de produção de conhecimento — um gesto que, na perspectiva de Santos (2006), combate a monocultura do saber universitário e afirma a diversidade epistêmica como condição para a justiça cognitiva.

Essa fala expressa um compromisso com a construção coletiva do saber e com a valorização das experiências locais. Há aqui uma prática concreta de vigilância popular em saúde, que se articula com os princípios da educação popular freiriana, ao promover o diálogo entre universidade e território. Estudo realizado por Guimarães e Araújo (2023) reforça a ideia de que os vínculos entre as universidades, os agentes públicos e a comunidade precisam ser fortalecidos para a promoção de mais espaços de trocas e de escuta das vozes das camadas mais empobrecidas da sociedade

Entre os trabalhadores de saúde, observam-se percepções ambíguas. Um deles afirma:

“A educação seria o ponto de resolução chave para as questões atuais enfrentadas pela comunidade [...] principalmente os jovens que tomariam conhecimento que muita coisa poderia ser evitada [...]” (Transformadora da Realidade - T)

Apesar de reconhecer a importância da educação, a fala ainda está permeada por uma perspectiva transmissiva, centrada na ideia de levar conhecimento aos “desinformados”. Como alerta Freire, essa abordagem não promove liberação, pois não parte das experiências dos sujeitos nem os considera como

protagonistas. A educação, nesse caso, corre o risco de manter a lógica da opressão, em vez de superá-la.

A fala de um segundo trabalhador também revela essa tensão.

“Se ele soubesse que certas consequências poderiam ser evitadas, com pelo menos o uso de camisinha, tá entendendo?!” (Olhar Crítico - T)

Neste caso, o cuidado em saúde aparece como responsabilidade individual, desvinculado das condições estruturais e culturais. A pedagogia do oprimido propõe justamente o contrário: a educação como leitura crítica do mundo, onde o sujeito entende sua realidade como resultado de processos históricos, sociais e políticos, e, a partir disso, se organiza coletivamente para transformá-la.

Ambas as falas revelam uma percepção da educação como instrumento preventivo, embora nem sempre mobilizem uma lógica dialógica ou participativa. Ainda assim, indicam uma abertura à atuação educativa que pode ser potencializada no campo da vigilância popular.

No âmbito da gestão em saúde, é possível identificar tanto críticas à descontinuidade das políticas de educação popular quanto tentativas de reorganização territorial com base em práticas dialógicas.

“Partindo da reorganização do território, conseguiremos fazer rodas de diálogos e melhorar os indicadores [...]” (Construtor da Autonomia - GS).

Além disso, uma das falas refere sobre à perda das práticas de educação popular.

“Enfrentamos problemas porque as comunidades perderam muito o fazer da educação popular [...] essa falta de empoderamento faz com que a gente não tenha processos de discussão mais fluidos.” (Construtor da Autonomia - GS)

Essa fala reforça a importância das rodas de diálogo como espaços de troca e escuta mútua — prática fundamental na educação popular e na vigilância

popular em saúde. Ao mesmo tempo, expressam uma crítica à ausência histórica de processos de empoderamento que permitissem às comunidades se reconhecerem como sujeitos políticos e produtores de saber.

Assim, é possível afirmar que as falas analisadas evidenciam, de forma transversal, tensões entre modelos de educação hegemônicos e práticas populares emergentes. As críticas à formação técnica, bem como a valorização dos saberes locais e a abertura ao diálogo intersetorial demonstram que há práticas de construção dialógica já em curso no território, muitas vezes invisibilizadas pelas estruturas institucionais.

Epistemologias dominantes e prática viva - Valorização da Experiência

As epistemologias hegemônicas na saúde, centradas na biomedicina e no saber técnico-universal, desconsideram os conhecimentos produzidos nos territórios a partir das experiências das populações. No campo da vigilância popular em saúde, reconhecer esses saberes locais é fundamental para integrar diferentes rationalidades e fortalecer práticas de cuidado enraizadas nos contextos socioespaciais.

Essa desqualificação sistemática está diretamente ligada ao que Santos (2006) chama de epistemicídio — o apagamento de saberes alternativos em favor de uma única rationalidade dominante. A fala de um morador ilustra de forma clara essa crítica.

"É necessário a escuta através da empatia, entender o lugar do outro [...] porque muitas vezes os moradores não têm acesso a muitas outras redes, porque ele não tem conhecimento e também não chega até eles esse conhecimento." (Voz dos Oprimidos - M)

Essa fala explicita a ausência de acesso não apenas a recursos, mas também a espaços de reconhecimento dos saberes comunitários, denunciando a desigualdade no fluxo de informação e participação.

Outro morador complementa esse entendimento, reforçando que a ausência de escuta é percebida como uma barreira concreta à resolução efetiva das questões em saúde:

"Se a comunidade fosse escutada, o problema real seria resolvido." (Padrão de Resistência - M)

Nesse sentido, a escuta ativa, mais do que um procedimento, é um ato político, que pode (re)conhecer saberes historicamente marginalizados e reconfigurar relações de poder entre Estado, profissionais e comunidade.

A superação desse modelo verticalizado de saber e poder passa necessariamente pela incorporação da pedagogia do oprimido, na perspectiva freiriana, a vigilância popular em saúde deve se constituir como um espaço pedagógico que permita à comunidade compreender criticamente sua realidade e transformá-la por meio da ação coletiva. A experiência, portanto, não é apenas memória, mas também elaboração crítica e potência de mobilização.

A gestão da saúde, por sua vez, demonstra certa ambiguidade ao reconhecer, por um lado, a potência da comunidade e, por outro, evidenciar as limitações estruturais que impedem sua plena participação. Um gestor afirma:

"A comunidade se organiza em espaços institucionais como conselhos distritais e pra além. Então é uma comunidade que grita muito, e isso é muito importante." (Construtor da Autonomia - GS)

Ao mesmo tempo, outra fala aponta:

"Talvez se a comunidade tivesse tensionado, esse conselho já estivesse ativo. O protagonismo precisa vir da comunidade." (Construtor da Autonomia - GS)

Apesar de bem-intencionadas, certas abordagens institucionais ainda reproduzem a lógica da tutela e da desconfiança em relação aos saberes populares, perpetuando desigualdades epistemológicas. Os moradores denunciam a ausência de projetos sociais e espaços formativos que favoreçam a escuta e a construção coletiva. A invisibilização das práticas comunitárias e a

falta de diálogo entre diferentes rationalidades evidenciam que a vigilância popular em saúde deve assumir o papel de uma pedagogia do reconhecimento, valorizando os saberes situados e as territorialidades do cuidado.

Epistemologias dominantes e prática viva - Diálogo e Participação Comunitária

O protagonismo comunitário pode se expressar não só na reivindicação por escuta e reconhecimento, mas também nas práticas cotidianas de organização, mobilização e cuidado que desafiam os saberes hegemônicos.

Entretanto, na prática cotidiana das Unidades de Saúde da Família esse ideal muitas vezes esbarra em estruturas institucionais engessadas, que ainda operam sob uma lógica fragmentada e verticalizada. Como aponta um trabalhador de saúde:

“Não existe um espaço para troca de experiências entre profissionais e pacientes, todas as salas das UBS possuem uma utilidade específica de atendimento [...] os pacientes da comunidade cobram mais volume de atendimento [...] não querem conversa, querem atendimento, diagnóstico e remédio.” (Transformadora da Realidade - T)

Essa fala ilustra a tensão entre uma lógica assistencialista — centrada na resolução pontual de demandas — e a proposta participativa, que pressupõe tempo, escuta e construção conjunta. Paulo Freire (1987), ao propor uma educação libertadora, enfatiza que o diálogo só se realiza na medida em que há abertura para a troca genuína e reconhecimento mútuo entre os sujeitos envolvidos. No entanto, quando a escuta se torna uma formalidade burocrática ou quando o saber técnico se impõe como único válido, o processo dialógico se desfaz, cedendo lugar à reprodução das assimetrias de poder.

A participação comunitária, nesses moldes, não pode ser pensada como um evento pontual ou uma consulta protocolar. A fala de um gestor de saúde revela a fragilidade desse processo:

“A comunidade foi ouvida no processo de reorganização territorial [...] Ela foi consultada, mas não foi suficiente. [...] Mas não tem esse processo permanente.” (Construtor da Autonomia - GS)

Esse reconhecimento da insuficiência da escuta demonstra como, apesar de avanços pontuais, persiste uma lacuna entre o discurso da participação e sua efetivação prática. A vigilância popular em saúde propõe justamente a superação desse modelo, atuando na produção de espaços permanentes de escuta, troca e construção coletiva. Isso exige, como fala o próprio gestor, uma mudança cultural nas relações entre profissionais, gestão e comunidade.

A fala de um trabalhador revela um aspecto central: o distanciamento das equipes do processo de controle social, interpretado muitas vezes como ameaça, e não como oportunidade.

“Existe um tensionamento quanto a relação dos profissionais com a comunidade [...] as equipes se entendem de lados opostos ao controle social [...] ainda são reativos com relação a esse processo.” (Sabedoria do Território - T)

A invisibilização da voz comunitária configura a “negação da alteridade” descrita por Dussel (1993), transformando o diálogo em uma simulação de participação. Para romper esse ciclo, é fundamental criar espaços de escuta ativa, transparentes e comprometidos com a transformação social.

A escuta qualificada emerge como pilar para efetivar o protagonismo comunitário na prática, indo além do discurso institucional, alinhando-se aos fundamentos da Educação Popular em Saúde (Vasconcelos, 2017).

Além disso, Merhy (2002) ressalta que a rigidez das práticas institucionais e a centralidade na produção de procedimentos dificultam o cuidado integral. Para isso, é essencial reorganizar as práticas de saúde, valorizando o sujeito como protagonista e questionando hierarquias profissionais e a cultura organizacional dos serviços.

Transformação social e ação comunitária em saúde – Ações para a Transformação

A construção de uma saúde comunitária pautada na equidade, justiça social e valorização dos saberes populares exige ação efetiva além da simples escuta. A vigilância popular em saúde, centrada na participação crítica das comunidades, atua como dispositivo que articula diagnóstico, mobilização e transformação social. Essa prática político-pedagógica tensiona os modos tradicionais de cuidado e inaugura novas relações entre saber, poder e fazer (Merhy, 2002).

O mapeamento dos territórios periféricos revela tensões estruturais entre as ações institucionais e a vida cotidiana das comunidades. Espaços frágeis de participação, distanciamento entre saúde pública e população, e respostas insuficientes do Estado evidenciam lacunas que a ação comunitária busca suprir.

Nessa dinâmica, o protagonismo popular surge como resposta necessária diante da precariedade estrutural, articulando estratégias de cuidado, redes solidárias e apropriação crítica das informações em saúde. Para a geografia médica, compreender essas iniciativas é fundamental para entender como a organização social nos territórios influencia os resultados em saúde e a efetividade das políticas públicas.

“A equipe de Roda de Fogo Ordinário vai pra dentro da água quando está alagado [...] Estivemos de frente à comunidade, pegando doação. Quando veio chegar doação do poder público, meu pai do céu, se o pessoal fosse esperar, infelizmente o pessoal morria de fome [...] a gente não para, não. Tem dias que recebo ligação 1h da manhã [...] então temos como dar uma pressãozinha pra eles virem mais rápido.” (Voz dos Oprimidos - M)

A resposta da comunidade às enchentes exemplifica a vigilância popular como prática coletiva e ativa de cuidado territorial, que vai além da simples denúncia, incluindo coordenação de ações emergenciais e articulação com órgãos

públicos. Esse tipo de organização comunitária pode representar um saber prático e transformador, alinhado à visão de Boaventura de Sousa Santos (2009), que destaca a produção de conhecimento enraizado em experiências de resistência.

Além disso, a construção de uma identidade coletiva positiva na periferia, também pode contribuir para romper estigmas históricos, reforçando o reconhecimento e o pertencimento da comunidade. Essa dimensão representativa é crucial para a reconfiguração das narrativas territoriais e para a reivindicação dos direitos sociais e de saúde.

Para sistematizar esses aspectos, foram desenvolvidos quadros comparativos, facilitando a análise das ações transformadoras, responsabilidades institucionais e iniciativas comunitárias que podem fortalecer o protagonismo comunitário.

Quadro 2 – Sentidos da ação transformadora no território

Perspectiva	Fala-chave	Sentido atribuído à ação transformadora
Comunitário	“A gente cobra ao poder público, a gente faz ações dentro da comunidade... com a COMPESA, prefeitura... é a mesma coisa, temos que dar uma pressãozinha.”	Ação como pressão política local e resposta direta às ausências institucionais; Organização comunitária como motor da transformação.
Profissional de saúde	“Eu particularmente não conheço nenhuma iniciativa para mudança do cenário atual.”	Ação transformadora como algo distante.
Gestor de saúde	“É muito mais um processo de reorganização, de ver o território de cima, quando a gente deveria estar mais imerso nele.”	Ação vista de forma macro, tecnocrática e limitada pelas barreiras burocráticas; Reconhecimento da distância entre gestão e realidade territorial.

Fonte: As autoras, 2025.

Quadro 3 – Iniciativas locais e seu alcance transformador

Iniciativas	Origem	Alcance Percebido	Limitações apontadas
Roda de Fogo Ordinário	Comunidade (autogestão)	Articulação direta com o poder público, ações emergenciais, visibilidade da comunidade, enfrentamento ao estigma social.	Falta de apoio institucional; Sobrecarga dos membros da comunidade.
Projeto Adolescer	Organização Social (ONG)	Formação crítica de jovens, inserção comunitária, consciência social.	Não contempla todas as faixas etárias; Desligamento dos jovens ao final do ciclo.
Protocolos de gestão (rastreamento, organização de cadastro)	Gestão Pública	Melhora nos processos técnicos e mapeamento.	Distanciamento da comunidade; Ineficácia para responder às demandas imediatas; Atuação reativa e não preventiva.

Fonte: As Autoras, 2025.

Quadro 4 – Elementos que fortalecem ou enfraquecem o protagonismo-comunitário

Fatores	Efeito no protagonismo comunitário	Exemplo nas falas
Ações autônomas da comunidade	Fortalecem	“Agente não para, não.” (Sujeito do cuidado)
Distanciamento da gestão do território	Enfraquecem	“Vejo o território de cima (...) deveria estar mais imerso nele.” (Gestor)
Descontinuidade e fragilidade de políticas públicas	Enfraquecem	“Quem foi lá fazer a visita? Ninguém” (Profissional)
Projetos locais com base na educação popular	Fortalecem	“Fazer eles abrirem essa cabeça pro mundo real.” (Educadora social)
Falta de estrutura para profissionais de saúde	Enfraquece o cuidado e dificulta alianças	“É preciso dar assistência aos profissionais, um local melhor.” (Educadora social)

Fonte: As autoras, 2025.

A análise das experiências comunitárias revela uma tensão entre a ação imediata dos coletivos locais e a lentidão das respostas institucionais, marcadas por burocracias e ausência de diálogo contínuo. Essa desconexão compromete a construção de políticas públicas enraizadas nos territórios. Apesar das adversidades — como a invisibilidade e a sobrecarga das lideranças locais —, surgem práticas autogeridas que configuram formas alternativas de cuidado.

Transformação social e ação comunitária em saúde – Fortalecimento Comunitário

Se as ações transformadoras surgem como resposta à ausência do Estado ou à negligência institucional, o fortalecimento comunitário diz respeito à capacidade de sustentar, expandir e sistematizar essas respostas no tempo. Trata-se de um processo que envolve o enraizamento de práticas, a valorização dos saberes locais, o reconhecimento das lideranças legítimas e a criação de canais contínuos de interlocução entre a comunidade e o poder público. Nesse sentido, o fortalecimento não é apenas técnico ou logístico: ele é político e epistêmico.

As experiências vividas pela comunidade de Roda de Fogo demonstram que o protagonismo comunitário não é apenas possível, mas já está em curso, ainda que muitas vezes invisibilizado pelas estruturas formais de gestão. A Comissão Organizada de Saúde da Roda de Fogo (Cosirof) é um exemplo desse protagonismo emergente na comunidade. Como relatado por uma gestora.

“A unidade de saúde surgiu de demandas da própria comunidade, que se organizou, alugou um espaço, tensionou junto ao IMIP. Hoje a COSIROF é uma ONG que funciona ao lado da unidade (que adotou o nome da própria ONG), organiza grupos e o presidente é conselheiro distrital.” (Construtor da Autonomia - GS)

Embora a trajetória da comunidade revele momentos importantes de mobilização — como a criação de uma ONG local e a luta pela implantação da USF COSIROF —, atualmente observa-se uma fragmentação dessa atuação

coletiva. Assim, se por um lado o histórico da comunidade mostra uma capacidade de identificar problemas, propor soluções e criar mecanismos de cuidado e participação, por outro, esse protagonismo vem enfrentando desafios para se consolidar. Ainda assim, como aponta Emerson Merhy (2002), as formas não-hegemônicas de produção de saúde não se restringem à clínica, mas se manifestam também nos modos como as populações, mesmo de forma fragmentada ou pontual, buscam produzir vida nas brechas e lacunas do sistema formal.

Do ponto de vista da gestão, reconhecer esse protagonismo e integrá-lo como parte ativa da política pública não é apenas um gesto de escuta — é uma estratégia de eficiência e justiça social. Ainda assim, como relata o gestor, há uma distância entre o reconhecimento desse potencial e a efetivação de mecanismos institucionais de suporte:

“O papel da gestão é muito mais no processo de reorganização do território, de uma forma indireta, já que a burocracia não nos deixa estar mais perto do território, pra dar contas das demandas vindas de cima. Hoje as demandas macro exigem muito da gente [...] o modelo de gestão que a gente adota não permite que a gente esteja perto de todos os territórios.” (Construtor da Autonomia - GS)

Essas limitações estruturais revelam um modelo de gestão verticalizado e excessivamente burocratizado, que tende a enxergar a participação comunitária como complementar e não como elemento central da política. Como apontam autores como Donnangelo (1995) e Czeresnia (2003), essa fragmentação compromete não só a escuta, mas também a resolutividade e o vínculo entre profissionais, gestores e população.

O custo disso é duplo: de um lado, o enfraquecimento do tecido comunitário e, de outro, o agravamento de problemas de saúde pública que poderiam ser prevenidos com maior articulação territorial.

Nesse cenário, o fortalecimento comunitário passa, necessariamente, pelo reconhecimento das lideranças legítimas, muitas vezes não formalizadas, mas ativamente engajadas nos processos sociais e de cuidado. Como aponta uma gestora.

“Muitos não são legitimados formalmente, mas desempenham bem o papel. Temos mulheres que participam de grupos pela habitação e representações locais importantes.” (Libertadora de Saberes - GAS)

Esse reconhecimento também exige, como propõe Boaventura de Sousa Santos (2006), uma ruptura com a lógica de validação institucional dos saberes e sujeitos, substituindo-a por uma ecologia de saberes que valorize as experiências vivas do território.

A própria circulação de conhecimento entre gerações, como sugere um profissional de saúde ao defender uma programação educativa para jovens e idosos, reforça a necessidade de investir em processos formativos enraizados nos territórios.

“Se houvesse uma programação que pudesse transmitir o conhecimento, eles seriam multiplicadores. A comunidade precisa ser ouvida para entender os problemas.”
(Transformadora da Realidade - T)

Essa proposta ressoa com os fundamentos da educação popular freiriana (Freire, 1987), ao valorizar os sujeitos como educadores de si mesmos e de seus pares, promovendo uma dinâmica de formação mútua, onde o saber técnico e o saber popular se entrelaçam, além de fortalecer laços intergeracionais.

Por fim, a solidariedade cotidiana, expressa de forma tão clara nas falas dos comunitários, também se apresenta como um eixo de fortalecimento comunitário. Quando uma mãe solicita ajuda via redes sociais porque não tem como levar o filho à unidade de saúde, por exemplo, o gesto de apoio que surge não é apenas uma carona solidária — é um ato político de cuidado:

“Aqui a comunidade se ajuda, como não tem ônibus suficiente e o último é 22:56 as pessoas não têm como as vezes, se deslocar pra ir numa unidade de saúde, por exemplo. Aí manda mensagem pra página do instagram porque o filho tá passando mal e precisa de um uber. A gente sabe que é verdade, porque nem sempre se tem dinheiro pra Uber. A comunidade se ajuda.” (Voz dos Oprimidos - M)

Esse tipo de organização informal, juntamente com a mobilização durante as enchentes, mencionada anteriormente, pode revelar o quanto a comunidade desenvolve infraestruturas alternativas de cuidado, baseadas na confiança, no afeto e na corresponsabilidade. São práticas que resistem à lógica do isolamento individual e propõem um outro paradigma de saúde: mais próximo e mais coletivo.

Diante disso, o fortalecimento comunitário se revela não como um ideal abstrato, mas como uma necessidade prática e um caminho concreto para a sustentabilidade do cuidado em saúde nos territórios populares. Ignorá-lo, por parte do Estado e das gestões locais, representa não apenas uma falha ética, mas um equívoco estratégico, que gera ineficiência, descontinuidade das ações e aprofundamento das desigualdades.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As práticas analisadas neste trabalho revelam a importância das comunidades na produção de saúde e indicam caminhos para a consolidação de seu protagonismo de forma efetiva e sustentável. A análise permitiu realizar um diagnóstico situacional não apenas dos riscos à saúde enfrentados pela população local — como a precariedade da infraestrutura urbana, a exposição à alagamentos, e as limitações no acesso aos serviços —, mas também das estratégias já mobilizadas pela comunidade para enfrentá-los. Observou-se que práticas como a criação da COSIROF, o uso estratégico das redes sociais para pressionar instituições e as ações emergenciais autogestionadas durante as enchentes, já evidenciam uma prática comunitária ativa e propositiva, frequentemente mais ágil e resolutiva do que a gestão pública local.

Ao comparar o diagnóstico com as percepções dos comunitários, emergem importantes contradições: a participação popular é reconhecida por muitos como essencial, inclusive por alguns representantes da gestão, mas sua efetivação encontra barreiras estruturais, institucionais e simbólicas. Essa tensão reflete exatamente o que Boaventura de Sousa Santos denomina como linha abissal, que separa o saber reconhecido do saber silenciado, o poder instituído da potência insurgente. A vigilância popular, ao propor uma ecologia de saberes, rompe com essa separação ao legitimar o conhecimento territorial e as práticas cotidianas como fundamento para a formulação e acompanhamento de políticas públicas em saúde.

Nesse contexto, o cuidado comunitário não pode ser visto apenas como estratégia complementar à atenção básica, mas como possibilidade concreta de reorientação do próprio sistema de saúde. Como argumenta Paulo Freire, é na escuta ativa e no diálogo horizontal que se constituem os sujeitos históricos capazes de transformar a realidade — e essa transformação passa, necessariamente, pela reconstrução do campo da saúde como espaço de protagonismo popular, não de tutela.

Ao reduzir a incidência de agravos por meio da ação preventiva e participativa, ao racionalizar o uso dos recursos da atenção básica e ao promover maior corresponsabilidade social, essa estratégia contribui para a diminuição de custos hospitalares, o aumento da eficiência do sistema e o fortalecimento do capital social e comunitário. Como revelado nas falas dos sujeitos da pesquisa, a comunidade muitas vezes antecipa demandas e responde a urgências com maior rapidez que o poder público.

Contudo, os limites também são visíveis. A burocratização das decisões e a fragilidade dos canais institucionais de escuta revelam que a vigilância popular ainda é, muitas vezes, tolerada como prática de "emergência" e não integrada como política de Estado. Essa constatação reforça a urgência de uma reestruturação institucional que reconheça o valor da participação popular não como recurso acessório, mas como elemento fundante da política pública de saúde.

REFERÊNCIAS

BARRETO, Maurício Lima. Desigualdades em saúde: uma perspectiva global. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 7, p. 2097-2108, jul. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/XLS4hCMT6k5nMQy8BJzJhHx/>. Acesso em: 2 nov. 2024.

BAYDUM, Valderice Pereira Alves; COSTA, Itamar Victor de Lima; LINS, Eduardo Maia; PEDROSA, Fábio. Diagnóstico socioambiental da comunidade de Roda de Fogo, Recife/PE. In: **CONGRESSO BRASILEIRO DE GESTÃO AMBIENTAL**, 13., 2022, Teresina. *Anais*..... Teresina: IBEAS, 2022. Disponível em: <https://www.ibeas.org.br/congresso/Trabalhos2022/IX-007.pdf>. Acesso em: 2 nov. 2024.

BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo* 1. São Paulo: Edições 70, 2016.

BRASIL. Lei nº 6.766, de 19 de dezembro de 1979. Dispõe sobre o parcelamento do solo urbano e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 20 dez. 1979. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6766.htm. Acesso em: 11 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Vigilância em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <https://www.gov.br/saude-de-a-a-z-1/pt-br/composicao/svsa/pnvs>. Acesso em: 13 dez. 2024.

COLDIBELI, L. P.; PAIVA, F. S. de; BATISTA, C. B. Gênero, pobreza e saúde: revisão sistemática sobre a saúde de mulheres em situação de rua. *Textos & Contextos (Porto Alegre)*, v. 20, n. 1, e38015, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.15448/1677-9509.2021.1.38015>. Acesso em: 10 nov. 2024.

CONASS. Saúde orienta população sobre como identificar e tratar hanseníase. Conass, 18 jan. 2024. Disponível em: <https://www.conass.org.br/saude-orienta-populacao-sobre-como-identificar-e-tratar-hanseniese/>. Acesso em: 12 dez. 2024.

CRUZ, P. J. S. C.; SILVA, J. C.; DANIELSKI, K.; BRITO, P. N. A. Educação popular em saúde: princípios, desafios e perspectivas na reconstrução crítica do país. *Interface (Botucatu)*, v. 28, e230550, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.230550>. Acesso em: 12 dez. 2024.

CZERESNIA, Dina. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 39-53.

DEZEM, L. T.; VASCONCELOS OLIVEIRA, C. A influência do pensamento abissal no ramo da saúde. In: **CONGRESSO BRASILEIRO DE PROCESSO COLETIVO E CIDADANIA**, 11., 2024. *Anais*..., v. 11, n. 11, p. 101–123. Disponível em: <https://revistas.unaerp.br/cbpcc/article/view/3211>. Acesso em: 10 fev. 2025..

DONNANGELO, Maria Cecília Ferro. *Pioneira na construção teórica de um pensamento social em saúde*. São Paulo: Duas Cidades, 1995. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/eff6/c58c994dfc73e7f75349e52a9404e02a146a.pdf>. Acesso em: 9 jan. 2025.

DUSSEL, Enrique. Para uma ética da libertação latino-americana. São Paulo: Loyola, 1993.

FREIRE, Paulo. *Pedagogia do oprimido*. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987. Disponível em: http://www.letras.ufmg.br/espanhol/pdf/pedagogia_do_oprimido.pdf. Acesso em: 9 jan. 2025.

GO ASSOCIADOS. *Perdas de água 2021 (SNIS 2019): desafios para a disponibilidade hídrica e avanço da eficiência do saneamento básico*. São Paulo, 2021. Disponível em: https://tratabrasil.org.br/wp-content/uploads/2022/09/Estudo_de_Perdas_2021.pdf. Acesso em: 9 jan. 2025.

Guimarães, Maria Beatriz; Araújo, Micilane Pereira de. *Participação social e educação popular em saúde: espaços possíveis de diálogo na forma de uma ouvidoria coletiva*. Interface (Botucatu), v. 27, n. 1, e230197, 2023. DOI: 10.1590/interface.230197. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/D9jBBGH9cXcFWBS7vSw6jcc/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 14 jul. 2025.

GUIMARÃES, R. M.; MARTINS, T. C. F.; DUTRA, V. G. P.; OLIVEIRA, M. P. R. P. B.; SANTOS, L. P. R.; CREPALDI, M. M.; CAVALCANTE, J. R. Vigilância civil em saúde, estudos de população e participação popular. *Saúde em Debate*, v. 46, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/W9b3y8ScyfXTTpsL45sJD4P/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 23 maio 2025. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E406>.

GUIMARÃES, Raul Borges. Geografia política, saúde pública e as lideranças locais. *Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde*, Uberlândia, v. 1, n. 1, p. 18–36, 2005. Disponível em: <https://seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/16835>. Acesso em: 23 maio 2025. DOI: <https://doi.org/10.14393/Hygeia116835>.

MASCARO, A. L. Gadamer: hermenêutica existencial e saúde. *Revista de Direito*, [S. I.], v. 11, n. 2, p. 68–78, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufv.br/revistadir/article/view/9614>. Acesso em: 22 fev. 2025. DOI: <https://doi.org/10.32361/201911029614>.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2014.

MERHY, Emerson Elias. *Em busca do cuidado: viver/trabalhar na tensão entre o instituído e o instituinte*. São Paulo: Hucitec, 2002. Disponível em:

https://www.pucsp.br/prosaude/downloads/territorio/composicao_tecnica_do_trabalho_emerson_merhy_tulio_franco.pdf. Acesso em: 12 nov. 2024.

PAIVA, Adriana Borges de; OLIVEIRA, Guilherme Saramago de; HILLESHEIM, Mara Cristina Piolla. Análise de conteúdo: uma técnica de pesquisa qualitativa. *Revista Prisma*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 16–33, 2021. Disponível em: <https://revistaprisma.emnuvens.com.br/prisma/article/view/40>. Acesso em: 20 nov. 2024.

PORTO, Marcelo Firpo de Souza. Pode a vigilância em saúde ser emancipatória? Um pensamento alternativo de alternativas em tempos de crise. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, p. 3149–3159, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/NpQpgwkDVQjmNzwkchSZWMz/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 11 dez. 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320172210.16612017>.

SANTOS, Boaventura de Sousa. *A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência*. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2006. Disponível em: https://www.academia.edu/38061688/A_cr%C3%ADtica_da_raz%C3%A3o_indolente_contra_o_desperd%C3%ADcio_da_experi%C3%A3ncia. Acesso em: 20 maio 2025.

SANTOS, Boaventura de Sousa. Para além do pensamento abissal: das linhas globais a uma ecologia de saberes. In: SANTOS, Boaventura de Sousa; MENESES, Maria Paula G. (org.). *Epistemologias do Sul*. São Paulo: Cortez, 2009. p. 31–83.

SANTOS, Boaventura de Sousa. Conhecimentos, incertezas e saúde global. São Paulo: Boitempo, 2021. p. 171–202.

SANTOS, Romário Correia dos et al. Práticas das agentes comunitárias de saúde em contextos de emergências sociossanitárias e ambientais: revisão de escopo. *Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde*, Uberlândia, v. 21, p. e2118, 2025. Disponível em: <https://seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/74759>. Acesso em: 23 maio 2025. DOI: <https://doi.org/10.14393/Hygeia2174759>.

SANTOS, Marcelo Sampaio Sobreira dos. Proposta de metodologia para regularização fundiária de áreas públicas. 2016. 116 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Geodésicas e Tecnologias da Geoinformação) — Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2016.

VASCONCELOS, Eduardo Passos de. *Educação popular e saúde: interfaces e desafios para a formação em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_educacao_popular_saude_p1.pdf. Acesso em: 10 fev.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente dissertação teve como objetivo central compreender o papel da Vigilância Popular em Saúde como dispositivo para o protagonismo da comunidade no cuidado em saúde no território de Roda de Fogo. A partir da escuta qualificada de sujeitos diversos — sujeitos do cuidado, profissionais de saúde e gestores —, foi possível perceber que a vigilância popular, mesmo em contextos de descontinuidade institucional e resistência da gestão, já se constitui como prática viva e insurgente, sustentada por formas coletivas de cuidado, organização autônoma e saberes historicamente marginalizados.

A análise permitiu realizar um diagnóstico situacional não apenas dos riscos à saúde enfrentados pela população local — como a precariedade da infraestrutura urbana, a exposição a alagamentos, e as limitações no acesso aos serviços —, mas também das estratégias já mobilizadas pela comunidade para enfrentá-los. Observou-se que práticas como a criação da COSIROF, o uso estratégico das redes sociais para pressionar instituições e as ações emergenciais autogestionadas durante as enchentes, evidenciam uma prática comunitária ativa e propositiva, frequentemente mais ágil e resolutiva que a gestão pública local.

Ao comparar esse diagnóstico com as percepções dos comunitários, emergem importantes contradições: a participação popular é reconhecida por muitos como essencial, inclusive por alguns representantes da gestão, mas sua efetivação encontra barreiras estruturais, institucionais e simbólicas. Essa tensão reflete o que Boaventura de Sousa Santos denomina como linha abissal, que separa o saber reconhecido do saber silenciado, o poder instituído da potência insurgente. A vigilância popular, ao propor uma ecologia de saberes, rompe com essa separação ao legitimar o conhecimento territorial e as práticas cotidianas como fundamento para a formulação e acompanhamento de políticas públicas em saúde.

Nesse contexto, o cuidado comunitário não pode ser visto apenas como estratégia complementar à atenção básica, mas como possibilidade concreta de reorientação do próprio sistema de saúde. Como argumenta Paulo Freire, é

na escuta ativa e no diálogo horizontal que se constituem os sujeitos históricos capazes de transformar a realidade — e essa transformação passa, necessariamente, pela reconstrução do campo da saúde como espaço de protagonismo popular, não de tutela.

Ao reduzir a incidência de agravos por meio da ação preventiva e participativa, ao racionalizar o uso dos recursos da atenção básica e ao promover maior corresponsabilidade social, essa estratégia contribui para a diminuição de custos hospitalares, o aumento da eficiência do sistema e o fortalecimento do capital social e comunitário. Como revelado nas falas dos sujeitos da pesquisa, a comunidade muitas vezes antecipa demandas e responde a urgências com maior rapidez que o poder público — criando, com isso, soluções mais próximas, mais econômicas e mais eficazes.

Contudo, os limites também são visíveis. A resistência de parte da gestão ao compartilhamento real do poder, a burocratização das decisões e a fragilidade dos canais institucionais de escuta revelam que a vigilância popular ainda é, muitas vezes, tolerada como prática de "emergência" e não integrada como política de Estado. Essa constatação reforça a urgência de uma reestruturação institucional que reconheça o valor da participação popular não como recurso acessório, mas como elemento fundante da política pública de saúde.

Em relação aos objetivos específicos da pesquisa, é possível afirmar que todos foram contemplados. O diagnóstico situacional revelou, com clareza, as vulnerabilidades e práticas de cuidado já existentes. A comparação com as percepções dos comunitários permitiu identificar convergências e divergências importantes entre as intenções institucionais e as vivências da população. A análise da relação entre os diferentes saberes em saúde no território de Roda de Fogo evidenciou tanto conflitos quanto possibilidades de articulação, especialmente quando práticas populares encontram eco em profissionais sensíveis à escuta e ao diálogo. Por fim, a investigação sobre o protagonismo comunitário demonstrou que este existe, sim, de forma concreta e potente, mas que sua consolidação depende do reconhecimento institucional e da criação de espaços permanentes de decisão compartilhada.

Assim, ao longo desta dissertação, foi possível constatar que a vigilância popular em saúde pode — e deve — ser compreendida como um dispositivo efetivo para o protagonismo comunitário, sobretudo em territórios marcados pela exclusão histórica e pela precarização dos direitos. Ao reconhecer os saberes populares, fortalecer as redes de solidariedade e criar canais legítimos de escuta e ação, a vigilância popular rompe com a lógica assistencialista e verticalizada da saúde pública e propõe um novo horizonte, no qual a comunidade deixa de ser objeto de intervenção para tornar-se sujeito de transformação.

9 REFERÊNCIAS

BARRETO, Maurício Lima. Desigualdades em saúde: uma perspectiva global. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 7, p. 2097-2108, jul. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/XLS4hCMT6k5nMQy8BJzJhHx/>. Acesso em: 2 nov. 2024.

BAYDUM, Valderice Pereira Alves; COSTA, Itamar Victor de Lima; LINS, Eduardo Maia; PEDROSA, Fábio. Diagnóstico socioambiental da comunidade de Roda de Fogo, Recife/PE. In: **CONGRESSO BRASILEIRO DE GESTÃO AMBIENTAL**, 13., 2022, Teresina. *Anais....* Teresina: IBEAS, 2022. Disponível em: <https://www.ibeas.org.br/congresso/Trabalhos2022/IX-007.pdf>. Acesso em: 2 nov. 2024.

BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. 1. São Paulo: Edições 70, 2016.

BRASIL. Lei nº 6.766, de 19 de dezembro de 1979. Dispõe sobre o parcelamento do solo urbano e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 20 dez. 1979. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6766.htm. Acesso em: 11 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Vigilância em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <https://www.gov.br/saude-de-a-a-z-1/pt-br/composicao/svsapnvs>. Acesso em: 13 dez. 2024.

COLDIBELI, L. P.; PAIVA, F. S. de; BATISTA, C. B. Gênero, pobreza e saúde: revisão sistemática sobre a saúde de mulheres em situação de rua. *Textos & Contextos (Porto Alegre)*, v. 20, n. 1, e38015, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.15448/1677-9509.2021.1.38015>. Acesso em: 10 nov. 2024.

CONASS. Saúde orienta população sobre como identificar e tratar hanseníase. Conass, 18 jan. 2024. Disponível em: <https://www.conass.org.br/saude-orienta-populacao-sobre-como-identificar-e-tratar-hansenise/>. Acesso em: 12 dez. 2024.

CRUZ, P. J. S. C.; SILVA, J. C.; DANIELSKI, K.; BRITO, P. N. A. Educação popular em saúde: princípios, desafios e perspectivas na reconstrução crítica do país. *Interface (Botucatu)*, v. 28, e230550, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.230550>. Acesso em: 12 dez. 2024.

CZERESNIA, Dina. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 39-53.

DEZEM, L. T.; VASCONCELOS OLIVEIRA, C. A influência do pensamento abissal no ramo da saúde. In: **CONGRESSO BRASILEIRO DE PROCESSO COLETIVO E CIDADANIA**, 11., 2024. *Anais...*, v. 11, n. 11, p. 101-123. Disponível em: <https://revistas.unaerp.br/cbpcc/article/view/3211>. Acesso em: 10 fev. 2025..

DONNANGELO, Maria Cecília Ferro. *Pioneira na construção teórica de um pensamento social em saúde*. São Paulo: Duas Cidades, 1995. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/eff6/c58c994dfc73e7f75349e52a9404e02a146a.pdf>. Acesso em: 9 jan. 2025.

DUSSEL, Enrique. Para uma ética da libertação latino-americana. São Paulo: Loyola, 1993.

FREIRE, Paulo. *Pedagogia do oprimido*. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987. Disponível em: http://www.letras.ufmg.br/espanhol/pdf/pedagogia_do_oprimido.pdf. Acesso em: 9 jan. 2025.

GO ASSOCIADOS. *Perdas de água 2021 (SNIS 2019): desafios para a disponibilidade hídrica e avanço da eficiência do saneamento básico*. São Paulo, 2021. Disponível em: https://tratabrasil.org.br/wp-content/uploads/2022/09/Estudo_de_Perdas_2021.pdf. Acesso em: 9 jan. 2025.

Guimarães, Maria Beatriz; Araújo, Micilane Pereira de. *Participação social e educação popular em saúde: espaços possíveis de diálogo na forma de uma ouvidoria coletiva*. Interface (Botucatu), v. 27, n. 1, e230197, 2023. DOI: 10.1590/interface.230197. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/D9jBBGH9cXcFWBS7vSw6jcc/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 14 jul. 2025.

GUIMARÃES, R. M.; MARTINS, T. C. F.; DUTRA, V. G. P.; OLIVEIRA, M. P. R. P. B.; SANTOS, L. P. R.; CREPALDI, M. M.; CAVALCANTE, J. R. Vigilância civil em saúde, estudos de população e participação popular. *Saúde em Debate*, v. 46, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/W9b3y8ScyfXTTpsL45sJD4P/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 23 maio 2025. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E406>.

GUIMARÃES, Raul Borges. Geografia política, saúde pública e as lideranças locais. *Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde*, Uberlândia, v. 1, n. 1, p. 18–36, 2005. Disponível em: <https://seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/16835>. Acesso em: 23 maio 2025. DOI: <https://doi.org/10.14393/Hygeia116835>.

MASCARO, A. L. Gadamer: hermenêutica existencial e saúde. *Revista de Direito*, [S. l.], v. 11, n. 2, p. 68–78, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufv.br/revistadir/article/view/9614>. Acesso em: 22 fev. 2025. DOI: <https://doi.org/10.32361/201911029614>.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2014.

MERHY, Emerson Elias. *Em busca do cuidado: viver/trabalhar na tensão entre o instituído e o instituïnte*. São Paulo: Hucitec, 2002. Disponível em: https://www.pucsp.br/prosaude/downloads/territorio/composicao_tecnica_do_trabalho_emerson_merhy_tulio_franco.pdf. Acesso em: 12 nov. 2024.

PAIVA, Adriana Borges de; OLIVEIRA, Guilherme Saramago de; HILLESHEIM, Mara Cristina Piolla. Análise de conteúdo: uma técnica de pesquisa qualitativa. *Revista Prisma*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 16–33, 2021. Disponível em: <https://revistaprisma.emnuvens.com.br/prisma/article/view/40>. Acesso em: 20 nov. 2024.

PORTO, Marcelo Firpo de Souza. Pode a vigilância em saúde ser emancipatória? Um pensamento alternativo de alternativas em tempos de crise. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, p. 3149–3159, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/NpQpgwkDVQjmNzwkchSZWMz/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 11 dez. 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320172210.16612017>.

SANTOS, Boaventura de Sousa. *A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência*. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2006. Disponível em: https://www.academia.edu/38061688/A_cr%C3%ADtica_da raz%C3%A3o indolente contra o desperd%C3%ADcio da experi%C3%A3ncia. Acesso em: 20 maio 2025.

SANTOS, Boaventura de Sousa. Para além do pensamento abissal: das linhas globais a uma ecologia de saberes. In: SANTOS, Boaventura de Sousa; MENESSES, Maria Paula G. (org.). *Epistemologias do Sul*. São Paulo: Cortez, 2009. p. 31–83.

SANTOS, Boaventura de Sousa. Conhecimentos, incertezas e saúde global. São Paulo: Boitempo, 2021. p. 171–202.

SANTOS, Romário Correia dos et al. Práticas das agentes comunitárias de saúde em contextos de emergências sociossanitárias e ambientais: revisão de escopo. *Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde*, Uberlândia, v. 21, p. e2118, 2025. Disponível em: <https://seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/74759>. Acesso em: 23 maio 2025. DOI: <https://doi.org/10.14393/Hygeia2174759>.

SANTOS, Marcelo Sampaio Sobreira dos. Proposta de metodologia para regularização fundiária de áreas públicas. 2016. 116 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Geodésicas e Tecnologias da Geoinformação) — Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2016.

VASCONCELOS, Eduardo Passos de. *Educação popular e saúde: interfaces e desafios para a formação em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2017. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_educacao_popular_saude_p1.pdf. Acesso em: 10 fev. 2025.

APÊNDICE A

Roteiro de entrevista 1 - Diagnóstico situacional (Percepção dos trabalhadores e gestores)

1. Quantas Unidades de Saúde o território possui? (Unidade Básica, UPA, Upinha...)
2. Qual o horário de funcionamento dessas unidades?
3. Quais os mecanismos utilizados para o compartilhamento de informações de saúde?
4. Como é a relação entre os profissionais da UBS e a comunidade?
5. Quais os principais problemas de saúde enfrentados pela comunidade?
6. Desses problemas citados quais deles são prioridades?
7. Como trabalhador de saúde, qual o seu papel na resolução desses problemas?
8. Como a comunidade contribui para resolução dos problemas enfrentados?
9. De que maneira a comunidade é envolvida em processos colaborativos com relação ao cuidado?
10. Para você, qual seria o papel da comunidade para melhora dos problemas em questão?
11. De que forma a gestão leva em consideração a opinião da comunidade para o planejamento das ações no território? Existe um espaço para o diálogo entre gestão e população?
12. Como práticas cotidianas da comunidade são utilizadas como base para a transformação do contexto atual de saúde?

APÊNDICE B

Roteiro de entrevista 2 - Diagnóstico situacional (Percepção dos moradores da comunidade)

1. Quantas Unidades de Saúde o território possui? (Unidade Básica, UPA, Upinha...)
2. Qual o horário de funcionamento dessas unidades?
3. Quais os mecanismos utilizados para o compartilhamento de informações em saúde?
4. Como é a relação entre os profissionais da UBS e a comunidade?
5. Quais os principais problemas de saúde enfrentados pela comunidade?
6. Desses problemas citados quais deles são prioridades?
7. Qual o papel da comunidade na resolução dos problemas citados?
8. Como os profissionais de saúde que atuam na comunidade poderiam atuar para melhoria dos problemas apresentados?
9. Se você fosse o gestor da UBS da comunidade, quais estratégias você usaria para contornar os problemas de saúde do território?
10. De que forma a gestão da Unidade de Saúde leva em consideração a opinião da comunidade para o planejamento das atividades? Existe um espaço para o diálogo entre gestão e população?
11. Qual a importância de escutar a comunidade para o planejamento do processo de saúde?
12. De que forma as práticas cotidianas da comunidade são utilizadas como base para a transformação do contexto atual de saúde?

APÊNDICEC

CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ECLARECIDO

(PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS)

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa **“A Vigilância Popular como dispositivo para o protagonismo da comunidade no cuidado em saúde”**, que está sob a responsabilidade da pesquisadora **Aryanne Vanessa Silva Andrade do Amaral**, Rua Fernandinho, n° 70 – Córrego do Jenipapo, Recife – PE, CEP: 52091-160, Tel: 81 9 9527-6271, e está sob a orientação da ProfªDrª Adriana Falangola Benjamim Bezerra, Telefone: 81 9 9962-2571, e-mail adriana.bbezerra@ufpe.br.

Todas as suas dúvidas podem ser esclarecidas com o responsável por esta pesquisa. Apenas quando todos os esclarecimentos forem dados e você concorde com a realização do estudo, pedimos que rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável.

O (a) senhor (a) estará livre para decidir participar ou recusar-se. Caso não aceite participar, não haverá nenhum problema, desistir é um direito seu, bem como será possível retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa, também sem nenhuma penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

- **Descrição da pesquisa e esclarecimento da participação:** A presença da população deve ser um pilar importante da vigilância em saúde, porém na prática, o que temos é uma vigilância de suspeitos e doentes que se compõem em uma política sanitária que na maioria das vezes, pode ser tida como punitiva, perseguidora e autoritária. Assim, faz-se necessário promover diálogos horizontais em conjunturas de lutas sociais, reconhecendo a emergência de saberes e práticas que promovam a autonomia da comunidade. Nesse sentido, o presente estudo objetiva dar visibilidade aos saberes locais produzidos nas práticas sociais no dia a dia

do território, com vistas a conhecer aspectos de suas peculiaridades, por meio de diversos saberes que leve em consideração os conhecimentos não científicos. A primeira etapa do estudo será a realização de um diagnóstico situacional para identificar os problemas enfrentados pela comunidade, segundo a visão dos trabalhadores e gestores que compõe o território. Este diagnóstico será então comparado com a percepção dos moradores locais para verificar se as necessidades e práticas identificadas correspondem à realidade cotidiana da comunidade. As informações serão coletadas por meio de oficinas, rodas de conversa e entrevistas com diversos participantes do projeto, incluindo representantes da sociedade civil, trabalhadores de saúde e da assistência social presentes na comunidade. As entrevistas serão realizadas individualmente, terão duração média de 30 a 45 min, serão gravadas e realizadas no formato presencial, conforme a conveniência do entrevistado.

- **RISCOS:** Os potenciais riscos envolvendo a realização da pesquisa correspondem a algum desgaste físico ou emocional ao responder os questionamentos da entrevista. Para minimizá-los, a entrevista será realizada de maneira privada, com participação apenas do entrevistado e entrevistador. Caso ocorra algum tipo de dano citado acima, você poderá contar com o apoio da equipe, garantindo assistência integral e imediata.
- **BENEFÍCIOS diretos/indiretos** para os voluntários: Os resultados da pesquisa irão contribuir para o fortalecimento da importância da participação popular para o debate da política de vigilância em saúde. Assim como ajudarão a dar visibilidade a outros tipos de conhecimentos que promovam a autonomia das comunidades.

Esclarecemos que os participantes dessa pesquisa têm plena liberdade de se recusar a participar do estudo e que esta decisão não acarretará penalização por parte dos pesquisadores. Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa, ficarão armazenados no computador pessoal da pesquisadora, sob a responsabilidade da mesma, no endereço acima informado, pelo período de mínimo 5 anos após o término da pesquisa.

Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da

participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação).

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, o (a) senhor (a) poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: **(Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cephumanos.ufpe@ufpe.br).**

(assinatura do pesquisador)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo **“A Vigilância Popular como dispositivo para o protagonismo da comunidade no cuidado em saúde”**, como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pela pesquisadora sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Local e data _____

Assinatura do participante: _____

Impressão
digital
(opcional)

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar. (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: _____	Nome: _____
-------------	-------------

Assinatura:	Assinatura:
-------------	-------------

ANEXO A

CARTA DE ANUÊNCIA

PREFEITURA DA CIDADE DO RECIFE
SECRETARIA DE SAÚDE
SECRETARIA EXECUTIVA DE GESTÃO NO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE
DIVISÃO DE EDUCAÇÃO NA SAÚDE



CARTA DE ANUÊNCIA

Recife, 24 de outubro de 2024

Autorizo **Aryanne Vanessa Silva Andrade do Amaral**, pesquisadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco - UFPE, a desenvolver Projeto de Pesquisa na Unidade Administrativa – Atenção Primária do Distrito Sanitário IV, da Secretaria de Saúde do Recife, sob o título: "A Vigilância Popular como dispositivo para o protagonismo da comunidade no cuidado em saúde", sob orientação da Prof. Dra. Adriana Falangola Benjamin Bezerra.

- Estarei ciente que me são resguardados e abaixo listados:
- O cumprimento das determinações éticas das resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde;
 - A garantia de solicitar e receber esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa;
 - A liberdade de recusar a participar ou retirar minha anuência, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma;
 - A garantia de que nenhuma das pessoas envolvidas será identificada e terá assegurado a privacidade quanto aos dados envolvidos na pesquisa;
 - Não haverá nenhuma despesa para a Secretaria de Saúde do Recife decorrente da participação na pesquisa;
 - Antes de iniciar a coleta de dados o/a pesquisador/a deverá apresentar a esta instituição o parecer consubstanciado devidamente aprovado, emitido por comitê de ética em pesquisa envolvendo seres humanos, credenciado no sistema CEP/CONEP.

O(s) pesquisador(es) comprometem-se a trazer para esta diretoria o relatório final da pesquisa através de cópia em Compact Disk (CD), uma vez que só serão autorizadas novas pesquisas se não houver pendências de devolutiva do serviço.

Tenho ciência do exposto e concordo em fornecer subsídios para a pesquisa.

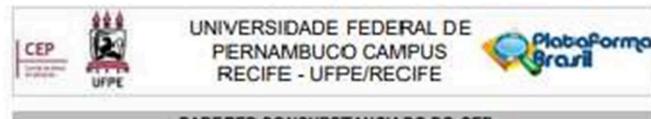
Dara Andrade Felipe
Dara Andrade Felipe

Chefe de Divisão de Educação na Saúde

Dara Andrade Felipe
Chefe de Divisão de Educação na Saúde
089930010363549
Matrícula: 121488 - 8

ANEXO B

PARECER CONSUSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A VIGILÂNCIA POPULAR COMO DISPOSITIVO PARA O PROTAGONISMO DA COMUNIDADE NO CUIDADO EM SAÚDE

Pesquisador: ARYANNE VANESSA SILVA ANDRADE DO AMARAL

Área Temática:

versão: 3

CAAE: 83530724.3.0000.5208

Instituição Proponente: Centro de Ciências Médicas

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.248.670

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos *«Aprovação do projeto»*, *«Objetivos da Pesquisa»*, e *«Avaliação dos Riscos e Benefícios»*, foram retirados do arquivo *Informações Básicas da Pesquisa (PB_**Informações_Básicas_da_Projeto_**_2426294.pdf* de 20/11/2024), e do *Projeto Detalhado* (de 20/11/2024).

Descrição: Trata-se de Projeto de pesquisa de Dissertação, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco da mestra Arylene Vanessa Silva Andrade do Amaral, com orientação da Profa. Dr.º Falan goa Benjamin Bezerra. Está caracterizado como um estudo qualitativo de caráter exploratório e descritivo. A primeira etapa do estudo será a realização de um diagnóstico situacional para identificar os problemas enfrentados pela comunidade da Roda de Fogo, segundo a visão dos trabalhadores e dos gestores locais. Este diagnóstico será então comparado com a percepção dos moradores da comunidade para verificar se as necessidades e práticas identificadas correspondem à realidade cotidiana da população em questão. As informações serão coletadas por meio de oficinas, rodas de conversa (que serão realizadas pelo projeto de extensão, e suas informações serão aproveitadas também, para a realização da presente pesquisa) e entrevistas individuais semiestruturadas (segundo os roteiros propostos nos anexos A e B), que serão realizadas após o parecer favorável do comitê de ética, conforme cronograma do projeto, e permitem ao

Endereço: Av. das Engenharias, s/n, 1º andar, sala 4 – Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária
UF: PE **Município:** RECIFE **CEP:** 50.740-600
Telefone: (81)2126-0200 **Fax:** (81)2126-3163 **E-mail:** cep@umanass.ufpe.br

Página 22 de 33

entrevistador a adição de outras perguntas conforme as informações recebidas (Elias, 2021), com os diversos participantes do projeto, incluindo representantes da sociedade civil e trabalhadores de saúde presentes no território. Sendo realizadas no local onde o entrevistado se sentir mais à vontade, para obtenção de um melhor resultado nas respostas. As entrevistas serão gravadas e seguirão a técnica de amostragem em bola de neve (snowball) para chegar até os usuários. Além disso, haverá uma busca por líderes comunitários ou outras lideranças que promovam a vigilância em saúde por meio das suas práticas cotidianas, para participar do estudo. O primeiro contato com o entrevistado que dará inicio a bola de neve, se dará por meio das oficinas e rodas de conversas que serão realizadas pelo grupo de extensão, também em formato presencial, cujas informações servirão para subsidiar o diagnóstico situacional. Para tanto, as informações obtidas serão categorizadas nos temas baseados nos autores Paulo Freire e Bioaventura de Sousa Santos. Na segunda etapa, as informações serão analisadas procurando aprofundar as articulações do cuidado estabelecidas dentro da comunidade e comparadas entre o material empírico e o referencial teórico proposto, sendo a categorização flexível, caso haja o surgimento de uma nova categoria durante as entrevistas. As entrevistas serão transcritas e os dados obtidos serão categorizados e analisados por meio da análise de conteúdo de Bardin.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral: Compreender o papel da Vigilância Popular para o protagonismo da comunidade no cuidado em saúde no território de Roda de Fogo.

Objetivos Específicos:

1. Realizar um diagnóstico situacional dos riscos de saúde enfrentados pela população e das práticas de cuidado existentes no território;
2. Comparar o diagnóstico situacional realizado com a percepção dos comunitários;
3. Entender a relação os diferentes saberes existentes na prática do cuidado em saúde no território;
4. Analisar o protagonismo da comunidade no cuidado em saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Os potenciais riscos envolvendo a realização da pesquisa correspondem a algum desgaste físico ou emocional ao responder os questionamentos da entrevista. Para minimizá-

Endereço: Av. das Engenharias, s/n, 1º andar, sala 4 – Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.710-000
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8098 **Fax:** (81)2126-3183 **E-mail:** ceppiunivas.ufpe@ufpe.br

Página 32 de 33

Continuação da Pernice: 7.246.679

Ios, a entrevista será realizada de maneira privada, com participação apenas do entrevistado e entrevistador. Caso ocorra algum tipo de dano citado acima, você poderá contar com o apoio da equipe, garantindo assistência integral e imediata.

Benefícios: Os resultados da pesquisa não contribuir para o fortalecimento da importância da participação popular para o debate da política de vigilância em saúde. Assim como ajudarão a dar visibilidade a outros tipos de conhecimentos que promovam a autonomia das comunidades.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sem comentários

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Recomendações:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto Aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

As exigências foram atendidas e o protocolo está APROVADO, sendo liberado para o início da coleta de dados. Conforme as instruções do Sistema CEP/CONEP, ao término desta pesquisa, o pesquisador tem o dever e a responsabilidade de garantir uma devolutiva acessível e compreensível acerca dos resultados encontrados por meio da coleta de dados a todos os voluntários que participaram deste estudo, uma vez que esses indivíduos têm o direito de tomar conhecimento sobre a aplicabilidade e o desfecho da pesquisa da qual participaram.

Informamos que a aprovação definitiva do projeto só será dada após o envio da NOTIFICAÇÃO COM O RELATÓRIO FINAL da pesquisa. O pesquisador deverá fazer o download do modelo de Relatório Final disponível em www.ufpe.br/cep para enviá-lo via Notificação de Relatório Final, pela Plataforma Brasil. Após aprovação desse relatório, o CEP emitirá novo Parecer Consubstanciado definitivo pelo sistema Plataforma Brasil.

Informamos, ainda, que o (a) pesquisador (a) deve desenvolver a pesquisa conforme delineada neste protocolo aprovado. Eventuais modificações nesta pesquisa devem ser solicitadas através da EMENDA ao projeto, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Diretório:	Av. das Engenharias, 411, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde		
Bairro:	Cidade Universitária	CEP:	50.740-600
UF: PE	Município: RECIFE		
Telefone:	(81)2126-8588	Fax:	(81)2126-2183
E-mail:	comprimentos.ufpe@ufpe.br		

Página 32 de 33

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJECTO_2426294.pdf	20/11/2024 09:52:41		ACEITO
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoDeMestrado_AryanneVanessaC_EP2.pdf	20/11/2024 09:51:28	ARYANNE VANESSA SILVA ANDRADE DO AMARAL	ACEITO
Outros	CARTA_RESPONTE_ATUALIZADA.pdf	20/11/2024 09:50:03	ARYANNE VANESSA SILVA ANDRADE DO AMARAL	ACEITO
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoDeMestrado_AryanneVanessa.pdf	10/11/2024 15:35:54	ARYANNE VANESSA SILVA ANDRADE DO AMARAL	ACEITO
Outros	CartadeAusencia_assinada.pdf	10/11/2024 15:35:24	ARYANNE VANESSA SILVA ANDRADE DO AMARAL	ACEITO
Outros	MODELO_DE_CARTA_DE_RESPONTE_UFPE.pdf	10/11/2024 15:31:42	ARYANNE VANESSA SILVA ANDRADE DO AMARAL	ACEITO
TCLÉ / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLÉ_Aryannemodificado.pdf	10/11/2024 15:28:09	ARYANNE VANESSA SILVA ANDRADE DO AMARAL	ACEITO
Folha de Rosto	FolhaDeRosto_Aryanne_2.pdf	10/11/2024 15:27:39	ARYANNE VANESSA SILVA ANDRADE DO AMARAL	ACEITO
Outros	Curriculo_lattes_Adriana_vinculos.pdf	30/09/2024 10:12:08	ARYANNE VANESSA SILVA ANDRADE DO AMARAL	ACEITO
Outros	Curriculo_lattes_Aryanne.pdf	30/09/2024 09:49:47	ARYANNE VANESSA SILVA ANDRADE DO AMARAL	ACEITO
Outros	Dec_vinculo_Aryanne.pdf	26/09/2024 09:25:55	ARYANNE VANESSA SILVA ANDRADE DO AMARAL	ACEITO
Outros	Justificativa_da_ausencia_da_carta_de_ausencia.pdf	26/09/2024 09:22:46	ARYANNE VANESSA SILVA	ACEITO

Continuação do Parecer: 7248670

Outros:	Justificativa_da_ausencia_da_carta_de_ausencia.pdf	26/09/2024 09:22:46	ANDRADE DO: AMARAL	Acerto
Outros:	TermoCompromissoConfidencialidade1_assinado.pdf	26/09/2024 09:19:51	ARYANNE VANESSA SILVA ANDRADE DO: AMARAL	Acerto
TCLÉ / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLÉ_Aryanne.pdf	26/09/2024 09:18:26	ARYANNE VANESSA SILVA ANDRADE DO: AMARAL	Acerto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoDetalhado_AryanneVanessa.pdf	26/09/2024 09:17:28	ARYANNE VANESSA SILVA ANDRADE DO: AMARAL	Acerto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 26 de Novembro de 2024

Assinado por:
LUCIANO TAVARES MONTENEGRO
 (Coordenador(a))

Endereço: Av. 25 de Engenheiros s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2125-8568 Fax: (81)2126-3183 E-mail: capfhumano.ufpe@ufpe.br

Página 01 de 34