

A VIGILÂNCIA EM SAÚDE COMO DISPOSITIVO DO PROTAGONISMO COMUNITÁRIO – UMA ANÁLISE NO TERRITÓRIO

HEALTH SURVEILLANCE AS A DEVICE OF COMMUNITY EMPOWERMENT – AN ANALYSIS IN THE TERRITORY

Aryanne Vanessa Silva Andrade do Amaral

Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciência Médicas, Recife, PE, Brasil
aryanne.vanessa@ufpe.br

Adriana Falangola Benjamin Bezerra

Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciência Médicas, Recife, PE, Brasil
adriana.bbezerra@ufpe.br

Maria Beatriz Lisboa Guimarães

Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciência Médicas, Recife, PE, Brasil
beatriz.guimarães@ufpe.br

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. Adota-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, sendo os dados analisados segundo 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 desafia a lógica verticalizada da gestão pública. A pesquisa demonstra seu potencial político ao explorar processos de formações democráticas, tratar sobre corresponsabilidades e recursos coletivos, na perspectiva do capital social. 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: Atenção primária. Saúde coletiva. Vigilância em saúde.

ABSTRACT

The article aims to understand the role of Popular Health Surveillance in fostering community leadership in the territory of Roda de Fogo, located in Recife, Brazil. Specifically, it seeks to diagnose health risks and existing care practices, compare these findings with residents' perceptions, examine the interplay of diverse knowledge systems, and analyze community protagonism in health care. The study adopts a qualitative, exploratory, and descriptive approach, grounded in Paulo Freire's *Pedagogy of the Oppressed* and Boaventura de Sousa Santos' *Epistemologies of the South*. Data were collected through dialogue circles and semi-structured interviews with residents, health professionals, and local managers, and analyzed using Laurence Bardin's Content Analysis. The results reveal the existence of an active and insurgent form of popular surveillance, sustained by historically marginalized knowledge, which challenges the top-down logic of public health governance. The research highlights its political, social, and economic potential by promoting co-responsible actions, optimizing resource use, and strengthening local social capital. It concludes that Popular Health Surveillance represents a strategic device for community autonomy and for transforming public health policies by legitimizing local knowledge and fostering dialogue among diverse social actors.

Keywords: Primary health care. Public health. Health Surveillance.

INTRODUÇÃO

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) representou um marco histórico na construção de um modelo de saúde público, 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, 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. Esses processos revelam dinâmicas de competição e cooperação entre escalas de poder, fundamentais para a compreensão geográfica das políticas de saúde (Guimarães, 2005).

Neste contexto, emerge a proposta de Vigilância Popular em Saúde (VPS), inspirada na educação popular de Paulo Freire e nas reflexões de Victor Valla, como resposta crítica ao modelo tecnocrático e verticalizado de vigilância. A VPS propõe uma "epidemiologia do cotidiano", construída de forma participativa entre setores populares e profissionais engajados (Guimarães *et al.*, 2022).

Para compreender o papel da Vigilância Popular em Saúde no fortalecimento do protagonismo comunitário no cuidado em saúde no território de Roda de Fogo/Recife - PE, este estudo teve como objetivo realizar um diagnóstico situacional dos riscos enfrentados pela população e das práticas de cuidado existentes, buscando analisar como essas práticas se articulam com os saberes locais. Além disso, objetivou comparar esse diagnóstico com a percepção dos comunitários, a fim de identificar possíveis lacunas entre a realidade observada e a experiência vivida pelos moradores.

Outro objetivo da investigação foi examinar a relação entre os diferentes saberes presentes na prática do cuidado em saúde, especialmente no que se refere à interação entre conhecimentos técnicos e saberes populares. A partir dessa análise, buscou-se identificar em que medida a comunidade exerce protagonismo nas ações de cuidado, contribuindo para uma vigilância participativa.

MATERIAL E MÉTODOS

O presente artigo é fruto de uma pesquisa de dissertação e trata-se de um estudo qualitativo, de caráter exploratório e descritivo, fundamentado nas abordagens críticas 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 em saúde (Paiva, Oliveira e Hillesheim, 2021).

A pesquisa foi realizada em uma comunidade marcada por vulnerabilidades sociais, utilizando três rodas de conversa e cinco entrevistas semiestruturadas para compreender as relações entre os saberes populares e os serviços de saúde. Participaram 12 pessoas nas duas primeiras rodas de conversa e 15 pessoas na última, entre elas moradores, trabalhadores da saúde, gestores da saúde, da assistência social e da educação, e estudantes de medicina integrantes do projeto de extensão. Já as entrevistas individuais foram realizadas com dois moradores, dois gestores e um trabalhador da saúde. Todas as atividades foram realizadas entre dezembro de 2024 e fevereiro de 2025. A seleção dos participantes seguiu a técnica de amostragem bola de neve (Bockorni e Gomes, 2021), em que cada entrevistado vai indicando o próximo. O primeiro entrevistado foi o líder comunitário, visto a posição de representação da comunidade.

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 principal esteve presente em todas essas atividades, o que possibilitou uma apropriação mais aprofundada do material empírico e enriqueceu a compreensão das experiências e percepções manifestadas pelos interlocutores.

As entrevistas foram gravadas com autorização e analisadas por meio da Análise de Conteúdo, conforme Bardin (2020), permitindo a interpretação crítica dos sentidos presentes nas falas, com ênfase em saberes contra-hegemônicos e práticas autônomas de cuidado (Cardoso; Oliveira e Ghelli, 2021).

Para tanto, as informações obtidas foram categorizadas nos temas baseados nos autores citados acima. 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 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.
	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 Primária	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.
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: 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.

Consideraram-se aptos comunitários, estudantes, trabalhadores e gestores dos serviços de saúde atuantes no território. Foram excluídos aqueles cuja participação na comunidade não demonstrasse compromisso com o fortalecimento das práticas comunitárias de cuidado e vigilância em saúde. Essa seleção reflete o compromisso metodológico com a justiça cognitiva, a valorização de vozes historicamente silenciadas e a construção coletiva de saberes emancipatórios.

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. É nesse contexto que se insere o território da pesquisa, que foi a comunidade de Roda de Fogo, localizada no bairro de Torrões, distando 7 km do Marco Zero da cidade do Recife. A comunidade possui em média 40 mil habitantes, foi fundada em 1987, quando algumas famílias ocuparam uma área correspondente a 60 hectares de terras ociosas na época de sua fundação e pertencentes ao Governo Federal. Apresenta alta densidade populacional e ocupações informais, refletindo desafios que impactam diretamente a

saúde da população do território. Esse processo de ocupação em áreas não preparadas para a implantação de habitações expressa protagonismo popular e resistência diante da ausência do Estado (Brasil, 2018).

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), para quem conhecer a realidade concreta é essencial para a transformação.

Contudo, a longevidade da comunidade também revela desafios persistentes. Conforme relata a 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 ocupação. Nesse sentido percebe-se nas falas da Voz do Oprimido - M e do Transformador de Saberes - T, 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 dão principalmente por causa do número de idosos da comunidade." (Transformador 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 o Construtor da Autonomia - GS:

"(...) 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."

O território passa então, a ser entendido como espaço de contradições e possibilidades, onde a ação-reflexão transformadora (práxis) dos moradores fortalece práticas comunitárias insurgentes essenciais para a construção de justiça social e reconhecimento da diversidade (Freire, 1987; Santos, 2018). 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 problemas, os que se destacam são problemas na coleta seletiva de resíduos sólidos, no esgotamento sanitário e a falta de água.

os problemas de organização espacial contracenam com atitudes tomadas pelos próprios moradores. Atitudes como descarte errado de resíduos, por exemplo, o que gera um efeito bola de neve, onde a prefeitura realiza o trabalho de limpeza e em seguida esses resíduos são amontoados novamente (GO Associados, 2021). No que diz respeito ao esgotamento sanitário o lançamento indevido de efluentes pode ser observado ao longo de toda comunidade.

É válido destacar que, apesar dos problemas visíveis relatados tanto por parte dos moradores, quanto por parte das pessoas trabalhadoras da comunidade, de acordo com a gestão da prefeitura, o serviço de saneamento acontece de maneira contínua, tal como consta na Lei Federal n.º 6.766, de 19 de dezembro de 1979, Lei do Parcelamento do Solo, 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 importante relatar que a própria pesquisa foi impactada em sua execução devido aos constantes alagamentos na comunidade no mês de janeiro, que, além de dificultarem o acesso, exigiram quase exclusivamente a força braçal dos líderes comunitários para que o território pudesse se reerguer a cada episódio de chuva.

Diagnóstico comunitário - Perfil Epidemiológico

As enchentes recorrentes, a exposição a ambientes insalubres e a falta de infraestrutura básica, como água potável e saneamento, contribuem para o agravamento das condições de saúde em comunidades vulneráveis. Doenças crônicas como diabetes e hipertensão são prevalentes no Sul Global, intensificadas por fatores socioeconômicos como pobreza, desigualdade no acesso aos serviços de saúde e má alimentação (Barreto, 2017).

A rápida ampliação da população idosa nesses contextos, aliada à insuficiência dos sistemas de saúde locais para prevenção e tratamento eficaz, eleva as complicações relacionadas a essas doenças. A interpretação e manejo dessas condições frequentemente ignoram as causas estruturais, focando apenas nos sintomas e negligenciando determinantes sociais fundamentais (Mascaro, 2020; Ferreira, 2020).

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

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

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 distribuição dessas condições evidencia a urgência de um mapeamento que articule dados epidemiológicos às dinâmicas sociais e espaciais que sustentam a exclusão.

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 vigilância popular em saúde, nesse contexto, contribui para tornar visível essa territorialização da vulnerabilidade, permitindo ações mais equitativas e adequadas às realidades locais.

“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. Temos tentado várias estratégias de implanon, 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; 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).

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

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

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 (CONASS, 2024).

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 valorização das práticas e saberes locais.

“Também tem as questões mentais, principalmente com as mães de crianças com neurotipicidade, esse é um horror, falo assim, pois a resolução é muito difícil.” (Transformador 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)

As condições de saúde mental e neurodiversidade apresentam forte correlação com a pobreza, configurando um ciclo de exclusão que limita o acesso a cuidados e agrava desigualdades estruturais (Coldibele, Paiva e 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.

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 aderentes às realidades territoriais e contribuindo para um modelo de saúde mental mais inclusivo, culturalmente situado e sensível às desigualdades do Sul Global.

É nesse processo de reconhecimento e valorização dos conhecimentos locais, em diálogo com perspectivas como as de Paulo Freire e Boaventura de Sousa Santos, que a comunidade passa a ocupar um lugar central na produção de diagnósticos, na construção de soluções e na luta por justiça social e equidade no cuidado em saúde. A partir dessa perspectiva, torna-se fundamental analisar de que forma a rede de atenção básica tem se estruturado no território e qual tem sido sua capacidade de dialogar com essas iniciativas comunitárias, 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. 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 (Brasil, 2018; Santos *et al.*, 2025).

Quanto a Rede de Atenção Primária do bairro de Torrões:

“(…) Possui quatro unidades de saúde, sendo três UBS e uma upinha. Dessas três UBS, uma 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.” (Transformador da Realidade - T)

Podemos observar através dos discursos que a totalidade do bairro é facilmente confundida com a comunidade de Roda de Fogo, devido ao fato da comunidade representar uma parte significativa do território de Torrões, o que dificulta também na divisão territorial para o desenho de atendimento da população adscrita a 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 encharcado, então não há condições de um enfermeiro da família cuidar de 8 mil pessoas, sete 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." (Transformador 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 e Oliveira, 2023). Em contextos marcados por vulnerabilidades sociais, a descentralização dos serviços e a inserção territorial da Atenção Básica tornam-se estratégias fundamentais para adaptar os cuidados às realidades locais, desafiando modelos hegemônicos de saúde importados do Norte Global (Brasil, 2018; Santos *et al.*, 2025).

A integração entre Atenção Primária e Vigilância Popular em Saúde (VPS) pode potencializar o cuidado integral ao promover o diagnóstico precoce, a adaptação das estratégias assistenciais ao contexto local e a gestão compartilhada da saúde. Ao valorizar os saberes comunitários e envolver ativamente a população nos processos de cuidado, a VPS contribui para a construção de políticas públicas mais responsivas e aderentes à realidade territorial. Essa articulação, alinhada a uma perspectiva pós-abissal (Dezem e 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 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 moradores atuem no enfrentamento das vulnerabilidades do território. Ao integrar educação, participação e vigilância, essa abordagem potencializa a resposta biomédica, especialmente em contextos de alta vulnerabilidade social. Essa perspectiva encontra eco na fala de um 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 ativa no monitoramento das condições de saúde e vida, tal como evidenciado na experiência da página do 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 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 outro 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 três ou quatro 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 seja efetiva, é necessário não apenas criar canais de comunicação, mas também garantir que a população os conheça e confie neles.

A fala do comunitário sobre o atendimento de saúde reflete as limitações no acesso e no acompanhamento dos serviços médicos, apontando para lacunas na construção sobre a importância da prevenção e do cuidado contínuo:

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

A fala evidencia 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 usuários. 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 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 autossuficiência 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, 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 e a emergência de práticas que visam ao protagonismo comunitário. Um estudante de medicina 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 de 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 (2010) denomina de pensamento abissal, que separa o saber acadêmico da experiência comunitária.

Outro estudante, 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 bancária e verticalizada. Para Boaventura de Sousa Santos (2006), reconhecer que o cuidado não é exclusivo dos especialistas, mas construído também nos espaços cotidianos e relacionais da comunidade, é um passo essencial para descolonizar o saber médico-centrado.

A fala da gestora escolar da comunidade de Roda de Fogo acrescenta outro elemento: a resistência ativa das instituições comunitárias diante das adversidades estruturais:

“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 potente exemplo do que Freire (1987) propõe como “inéditos viáveis”: a capacidade coletiva de sonhar e realizar formas novas de existir, mesmo diante das opressões. 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 forte 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.

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 libertação, 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 âmbito 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, há uma crítica à perda das práticas de educação popular, especialmente nos últimos anos:

“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 fluídos.” (Construtor da Autonomia - GS)

Essas falas reforçam 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. Aqui, a sociologia das emergências (Santos, 2006) aparece como resposta: construir alternativas reais e viáveis, valorizando experiências comunitárias como sementes de transformação social.

Por fim, a fala de um comunitário sintetiza a ausência de políticas integradas para a juventude e a negligência do Estado:

“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.” (Voz dos Oprimidos - M)

A ausência aqui não é apenas de políticas públicas, mas de reconhecimento. Trata-se de uma “ausência fabricada”, como diria Santos (2006), que desconsidera a juventude periférica como destinatária legítima de cuidado, cultura e educação. Superar essa ausência requer uma nova ecologia de saberes e práticas que parta do território, reconhecendo a comunidade como espaço legítimo de produção de respostas para seus próprios desafios.

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, a valorização dos saberes locais e a abertura ao diálogo intersetorial demonstram que há práticas educativas já em curso nos territórios, 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 e situados é fundamental para integrar diferentes racionalidades 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 racionalidade dominante. A fala de um comunitário ilustra de forma clara essa crítica:

“É necessário a escuta através da empatia, entender o lugar do outro [...] por que muitas vezes os moradores não têm acesso a muitas outras redes, porque ele não tem conhecimento e também não chega até eles 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 comunitário complementa esse entendimento ao afirmar:

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

Reforçando que a ausência de escuta é percebida como uma barreira concreta à resolução efetiva das questões em saúde. 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, técnicos e comunidade.

A superação desse modelo verticalizado de saber e poder passa necessariamente pela incorporação da pedagogia do oprimido, de Paulo Freire (1987), que propõe um processo educativo fundado no diálogo e na problematização da realidade. 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. Uma gestora 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. 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 racionalidades 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.

O reconhecimento das práticas comunitárias como parte do repertório de produção de conhecimento em saúde é essencial para ampliar a eficácia das intervenções biomédicas nos territórios. A vigilância popular, ao integrar saberes locais e promover a escuta qualificada, contribui para uma abordagem mais responsiva e contextualizada dos determinantes sociais da saúde. Essa articulação entre conhecimento técnico e experiência vivida fortalece a participação comunitária como componente estratégico da atenção primária, permitindo ações mais precisas, sustentáveis e enraizadas nas realidades territoriais.

Epistemologias dominantes e prática viva - Diálogo e Participação Comunitária

O protagonismo comunitário se expressa não só na reivindicação por escuta e reconhecimento, mas também nas práticas cotidianas de organização, mobilização e cuidado que desafiam os saberes hegemônicos. A vigilância popular em saúde valoriza o conhecimento local e promove o diálogo entre saberes tradicionais e modelos institucionais, configurando a participação comunitária como eixo para a produção compartilhada de conhecimento e estratégias de cuidado mais eficazes. O conceito de Ecologia dos Saberes (Santos, 2010) fundamenta essa perspectiva ao defender a superação da hierarquia entre saberes científicos e populares, redefinindo as relações de poder no campo da saúde e transformando as comunidades em agentes ativos na construção de soluções. Entretanto, na prática cotidiana das Unidades Básicas de Saúde (UBS), 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 alerta o próprio gestor, uma mudança cultural nas relações entre profissionais, gestão e comunidade.

A fala de outro trabalhador da gestão 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 vigilância popular deve ser entendida não apenas como uma estratégia de gestão, mas como um princípio político e pedagógico que ressignifica as relações de poder, fortalece a cidadania ativa e promove práticas de cuidado sensíveis às especificidades territoriais. 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 um cuidado verdadeiramente integral, é essencial reorganizar as práticas de saúde, valorizando o sujeito como protagonista e questionando hierarquias profissionais e a cultura organizacional dos serviços.

Também se torna necessário trazer a contribuição de Maria Cecília Minayo (2014), ao propor metodologias qualitativas que valorizam os significados das experiências vividas pelos sujeitos e territórios. A escuta das comunidades, para além da captação de demandas, deve revelar os sentidos que a população atribui à saúde e às instituições, desvelando os conflitos, as ausências e os silêncios como dimensões essenciais da análise.

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 de 2022 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. Essa organização comunitária representa 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.

Frente à fragilidade dos espaços formais de participação, surgem canais alternativos de controle social — redes sociais, denúncias e articulações intercomunitárias — que, conforme Paulo Freire (1987), configuram uma “pedagogia da ação”, promovendo a educação política e o protagonismo comunitário.

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

Para sistematizar esses aspectos, quadros comparativos foram desenvolvidos, facilitando a análise das ações transformadoras, responsabilidades institucionais e iniciativas comunitárias de fortalecimento.

Quadro 2 – Sentidos da ação transformadora no território

Perspectiva	Fala-chave	Sentido atribuído à ação transformadora
Sujeito do cuidado	“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, bloqueado por uma gestão inoperante e por ausência de escuta efetiva.
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	“A gente 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 e situadas de cuidado. O mapeamento desses processos, sob a perspectiva da geografia médica, evidencia a centralidade do protagonismo comunitário na produção da saúde, ressaltando a necessidade de vínculos institucionais duradouros, formação política e redes de apoio que fortaleçam a ação coletiva e sustentem a territorialização das políticas de cuidado.

Transformação social e ação comunitária em saúde – Fortalecimento Comunitário

Se a ação transformadora surge 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, afetivo 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 Cosirof (Comissão Organizada de Saúde da Roda de Fogo) é um exemplo emblemático dessa potência. 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, organiza grupos e o presidente é conselheiro distrital.”
(Construtor da Autonomia - GS)

Essa trajetória de mobilização revela uma comunidade que não apenas identifica seus problemas, mas propõe soluções, negocia com instituições, cria mecanismos de participação e constrói infraestrutura de cuidado. Como aponta Emerson Merhy (2002), as formas não-hegemônicas de produção de saúde não se restringem à clínica, mas se expressam nos modos como as populações se organizam para produzir vida — mesmo nas brechas e lacunas do sistema formal. O caso da Cosirof evidencia como o protagonismo comunitário pode resultar em benefícios econômicos e operacionais para o sistema de saúde, ao reduzir custos com demandas emergenciais, racionalizar recursos e criar soluções mais alinhadas à realidade local.

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 relatam alguns gestores, há uma distância entre o reconhecimento desse potencial e a efetivação de mecanismos institucionais de suporte:

“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)

Essa resistência ou limitação estrutural revela 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 Cecília 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. Ignorar essas formas de organização é desperdiçar inteligência coletiva, energia social e mecanismos de solidariedade que poderiam potencializar as redes públicas de cuidado.

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, essas estratégias ampliam a autonomia das comunidades para reconhecer, nomear e enfrentar suas próprias vulnerabilidades.

Por fim, a solidariedade cotidiana, expressa de forma tão clara nas falas dos sujeitos do cuidado, 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, o gesto de apoio que surge não é apenas uma carona solidária — é um ato político de cuidado:

“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 revela o quanto as comunidades desenvolvem 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, mais afetivo, 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 centralidade das comunidades na produção de saúde e indicam caminhos para a consolidação de seu protagonismo de forma efetiva e sustentável. Fundamentado nas contribuições de Paulo Freire e Boaventura de Sousa Santos, o fortalecimento comunitário é compreendido como um processo político e pedagógico que valoriza a escuta, o diálogo e a legitimidade dos saberes territoriais. Nesse contexto, a vigilância popular em saúde se configura como prática situada e insurgente, articulando o saber vivido à ação coletiva e desafiando

as fronteiras entre conhecimento técnico e experiência cotidiana. Para a geografia médica, esse movimento reforça a necessidade de mapear não apenas a distribuição das doenças, mas também os circuitos de cuidado, as práticas de solidariedade e os saberes locais que sustentam os territórios e suas formas próprias de enfrentar os determinantes sociais da saúde.

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, as ações emergenciais autogestionadas durante as enchentes e a atuação de projetos como o *Adolescer*, 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 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.

A investigação evidenciou ainda que, para além dos benefícios sociais e políticos, a vigilância popular em saúde também carrega um potencial impacto econômico significativo, sobretudo em contextos do Sul Global. 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.

Assim, ao longo deste artigo, 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.

REFERÊNCIAS

BARDIN L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70; 2016

BARRETO, M. L. 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/>

BAYDUM, V. P. A.; COSTA, I. V. de L.; LINS, E. M.; PEDROSA, F. Diagnóstico socioambiental da comunidade de Roda de Fogo, Recife/PE. **Anais do XIII Congresso Brasileiro de Gestão Ambiental**, Teresina, 2022. Disponível em: <https://www.ibeas.org.br/congresso/Trabalhos2022/IX-007.pdf>. Acesso em: Janeiro 2025.

BOCKORNI, B. R. S., GOMES, A. F. A AMOSTRAGEM EM SNOWBALL (BOLA DE NEVE) EM UMA PESQUISA QUALITATIVA NO CAMPO DA ADMINISTRAÇÃO, 2021. **Revista De Ciências Empresariais Da UNIPAR**, 22(1). Disponível em: <https://www.revistas.unipar.br/index.php/empresarial/article/view/8346>. Acesso em: 13 dezembro 2024.

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 dezembro 2024.

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

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-hanseniose/>.

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)**. 2024; 28: e230550 <https://doi.org/10.1590/interface.230550>

CZERESNIA, D. 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. Acesso em: 09 janeiro 2025.

DEZEM, L. T., VASCONCELOS OLIVEIRA, C. (2024). A INFLUÊNCIA DO PENSAMENTO ABISSAL NO RAMO DA SAÚDE. **Anais Do Congresso Brasileiro De Processo Coletivo E Cidadania**, 11(11), 101–123. Recuperado de <https://revistas.unaerp.br/cbpcc/article/view/3211>. Acesso em: 10 fevereiro 2025.

DONNANGELO, M. C. F. Pioneira na Construção Teórica de um Pensamento Social em Saúde. **Saúde e sociedade**. São Paulo: Duas Cidades, 1995. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/eff6/c58c994dfc73e7f75349e52a9404e02a146a.pdf>. Acesso em: 09 janeiro 2025.

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

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1987. Disponível em: http://www.lettras.ufmg.br/espanhol/pdf/pedagogia_do_oprimido.pdf. Acesso em: 09 janeiro 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: 09 janeiro 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 Debate**, v. 46, 2022. <https://doi.org/10.1590/0103-11042022e406>

GUIMARÃES, R.B. 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. <https://doi.org/10.14393/Hygeia116835>

MASCARO, A. L. Gadamer: hermenêutica existencial e saúde. **Revista de Direito**, [S. l.], v. 11, n. 02, p. 68–78, 2020. <https://doi.org/10.32361/201911029614>

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2014.

MERHY, E. E. 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 novembro 2024.

PAIVA, A. B. de; OLIVEIRA, G. S. de; HILLESHEIM, M. C. P. Análise de Conteúdo: Uma técnica de pesquisa qualitativa. **Revista Prima**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 16-33, 2021. Disponível em: <https://revistaprima.emnuvens.com.br/prisma/article/view/40> Acesso: 20 novembro 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. <https://doi.org/10.1590/1413-812320172210.16612017>

SANTOS, Boaventura de Sousa. **A crítica da razão indolente**: contra o desperdício da experiência. 6ª ed. São Paulo: Cortez, 2006. Disponível: https://www.academia.edu/38061688/A_cr%C3%ADtica_da_raz%C3%A3o_indolente_contra_o_desperd%C3%ADcio_da_experi%C3%A2ncia

SANTOS, B. de S. Para além do pensamento abissal: das linhas globais a uma ecologia de saberes. In: SANTOS, B. de S.; MENESES, M. P. G. (org.). **Epistemologias do Sul**. São Paulo: Cortez, 2009. p. 31-83.

SANTOS, B. de S. Conhecimentos, incertezas e saúde global. São Paulo: Boitempo, 2021. pp. 171-202.

SANTOS, R. C. dos; GURGEL, A. do M.; DOMINGUES, R. C.; SILVA, L. I. M. da; MÉLLO, L. M. B. de D.; SANTOS, L.; SANTOS, C. C. S. dos; GIL, C. R. R. 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. <https://doi.org/10.14393/Hygeia2174759>

VASCONCELOS, E. P. de. **Educação Popular e Saúde**: interfaces e desafios para a formação em saúde. São Paulo: Hucitec, 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_educacao_popular_saude_p1.pdf. Acesso em: 10 fevereiro 2025.