



## VIGILÂNCIA EM SAÚDE E PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA PERSPECTIVA DO TERRITÓRIO EM TRANSFORMAÇÃO

SANTOS, Queli  
*Mestre em Saúde Pública*  
quelilorena@hotmail.com

SEVALHO, Gil  
*Docente no Mestrado em Saúde Pública - ENSP*  
gsev@terra.com.br

15

### RESUMO

O conceito de Vigilância na Saúde Pública evoluiu historicamente após percorrer vários campos da saúde até se estabelecer na atualidade como Vigilância em Saúde. Ao aplicar-se a orientação e aprimoramento das ações em base territorial local, a vigilância em saúde contribuiu para a reorganização do sistema único de saúde e operacionalização de seus princípios básicos, avançando na perspectiva da intersetorialidade e incorporação da participação popular, assim como na relação entre processo saúde doença cuidado e condições sociais. O presente trabalho tem por objetivo estudar os limites e as possibilidades da vigilância em saúde num território em transformação. O estudo teve como foco o olhar do profissional da vigilância em saúde sobre a participação social integrada a vigilância em saúde com base no território. Trata-se de uma abordagem de natureza qualitativa, onde a seleção da amostra é intencional. As técnicas de coleta de dados utilizados foram à análise documental e entrevistas semiestruturadas. Os dados obtidos com a realização das entrevistas foram analisados pela técnica da análise de conteúdo. Quanto aos resultados encontrados, mostraram que no tocante a vigilância em saúde a prática está distante dos discursos oficiais e uma dificuldade do profissional em saúde de absorver o que é participação social na vigilância em saúde. O estudo reafirma a necessidade da incorporação da participação popular na vigilância em saúde para a aproximação do processo saúde doença as condições sócias.

**Palavras-chave:** Vigilância em Saúde; Participação Social; Território.

### ABSTRACT

The concept of Public Health Surveillance historically evolved after cover various fields. Today, can say there is a new concept, health Surveillance. When applied to guidance and improvement of actions on a territorial basis local, The health surveillance contributed to the reorganization of the unified health system with the operationalization of its basic principles, advancing in the perspective of intersectionality and incorporation of popular participation, as well as the relationship between health-disease process care and social conditions. The present work aimed to study the limits and possibilities of health surveillance in a territory in transformation. The study had as its focus the gaze of the professional of health surveillance on social participation integrated surveillance in health based on territory. It is an approach of qualitative nature, where the sample selection is intentional. The data collection techniques used were the documentary analysis and semi-structured interviews. The data obtained with the completion of the interviews were analyzed by content analysis technique. The study reaffirms the need for incorporation of popular participation in health surveillance for the approximation of the health-disease relationship social conditions. As regards the results found, showed that with regard to health surveillance practice is distant from the official speeches and has a difficulty of the health professional to absorb what is social participation in health surveillance.

**Keywords:** Health Surveillance; Social Participation; Territory.



## APRESENTAÇÃO

O processo saúde doença na população sempre esteve condicionado por várias causas. Historicamente construída, a vigilância epidemiológica não fugiu à regra da relação entre causa, tempo e espaço para o seu desenvolvimento.

Conceitos atuais de Vigilância Pública evoluíram historicamente a partir de atividades de saúde pública desenvolvidas para controlar doenças (THACKER, SB & BERKELMAN, RL, 1998). O conceito de vigilância percorreu vários campos da saúde até se estabelecer na atualidade como vigilância em saúde. Embora suas raízes históricas possam situar-se nas medidas de isolamento e quarentena da peste negra dos séculos XIV e XV, a consolidação da vigilância epidemiológica, como disciplina e conceito, inicia-se com a criação da Organização Panamericana de Saúde (OPAS) em 1902. Em 1923 a Fundação Rockefeller tem uma importante colaboração, pois é através desta que acontece a erradicação da Febre Amarela no Brasil, reforçando a importância da vigilância epidemiológica. Para Romero e Troncoso (1981), o marco da materialidade da vigilância epidemiológica estabelece-se quando o Centro de Controle de Doenças do EUA (CDC), em 1995, propõe um sistema de vigilância que compreende a coleta sistemática de dados.

Segundo Albuquerque et al. (2002), a sistematização da Vigilância Epidemiológica, no Brasil, originou-se com as campanhas de erradicação da malária e da varíola. Com o movimento sanitário e a concretização do Sistema Único de Saúde as ações em vigilância epidemiológica e sanitária foram reorganizadas (ARREAZA & MORAES, 2010). Essa reorganização visou responder questões da saúde que estão diretamente ligadas às condições de vida nas suas múltiplas formas.

Em sua evolução histórica e de acordo com suas diversas concepções teóricas, a vigilância admite uma certa polissemia: vigilância epidemiológica, vigilância em saúde pública, vigilância à saúde, vigilância da saúde, vigilância em saúde. Uma revisão realizada por Faria e Bortolozzi (2009) procura organizar e sistematizar essas diversas concepções unindo epidemiologia, promoção da saúde, informação em saúde. Para as autoras, as diversas noções de vigilância examinadas têm em comum a tentativa de reorganizar e aprimorar as ações no nível local, por meio de propostas que procuram corrigir fragmentações, afastando-se dos modelos assistenciais tradicionais e avançando



na perspectiva do trabalho intersetorial e na incorporação da população no processo, percebendo as relações da saúde-doença com o ambiente e as condições de vida.

Pode-se, nessa evolução prática e conceitual da vigilância, apontar três vertentes: a primeira é a integração entre a vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, com objetivo de eliminar a fragmentação das ações no âmbito local do sistema de saúde; a segunda amplia o escopo da vigilância epidemiológica, unindo registros de agravos e análise de grupos populacionais; e a terceira compreende a vigilância em saúde como um instrumento de transformação dos determinantes saúde e doença, baseado no território, intervindo sobre problemas ao nível da promoção da saúde e da participação popular, considerando-se a estratégia de saúde da família (ESF) (FARIA, R M.; BORTOLOZZI, A, 2009).

O presente trabalho busca estudar os limites e as possibilidades da vigilância em saúde num território em transformação. Tal investigação tem como recorte espacial um município, identificado para efeito do estudo como de médio porte situado na Região Leste do Estado do Rio de Janeiro, na área de influência do Complexo Petroquímico do Estado do Rio de Janeiro (Comperj).

## **CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO ESTUDADO**

A pesquisa se debruça sobre um município de médio porte, situado no Estado do Rio de Janeiro, na área de influência do Complexo Petroquímico do Estado do Rio de Janeiro (Comperj), um empreendimento de grande porte liderado pela Petrobrás.

O município está localizado em área de baixada litorânea, às margens da Baía de Guanabara.

Apresenta um relevo variado, cercado de serras; a vegetação é composta por pastagens, mata de encosta, mangues e brejos; nas serras a mata é tipicamente secundária, resultante da regeneração da exploração de madeira para a obtenção de carvão e lenha. Sua economia gira em torno da manufatura, fruticultura, apicultura, pecuária extensiva, comércio e serviços. O setor manufatureiro é uma importante atividade econômica e foco de conflitos ambientais. É a maior fonte de arrecadação e de geração de empregos locais e, ao mesmo tempo, responsável por um passivo ambiental ligado à degradação dos solos. Cabe ressaltar, que os moradores relatam preocupação com os impactos no solo em decorrência da poluição gerada pela produção local.



A participação social se dá por meio da associação de moradores, entidades religiosas e outras organizações da sociedade civil. A informação sobre os programas existentes, a estrutura e recursos, contudo, não chega à população, o que causa o cerceamento dos direitos, dos deveres e da participação na elaboração de políticas públicas. E o reflexo da desinformação é o não comprometimento do poder público com a participação social em atender às necessidades demandadas. Os moradores se orgulham de sua história, dos patrimônios culturais e artísticos e do poder de suas comunidades, pois as associações de moradores locais são atuantes e têm grande poder de mobilização.

A saúde no Município tem Gestão Plena, dispondo de rede de hospitais conveniados com o SUS e unidades ambulatoriais.

O Município possui cerca de 30 unidades e um número equivalente de equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF).



**Mapa da Área de Influência do COMPERJ**

Fonte: Criado pela autora



Hoje, dentro de uma estrutura em desenvolvimento, a Secretaria Municipal de Saúde organiza os serviços de vigilância, contando com a vigilância epidemiológica no nível central e da subsecretaria de vigilância em saúde responsável pelas no nível local. Dados epidemiológicos disponíveis apontam uma tendência de queda dos indicadores de mortalidade, queda das internações hospitalares relacionadas a todos os grupos de causa e aumento de internações por pneumonia e diarreia, ocorrência de casos esporádicos de dengue e redução de registros de tuberculose.

A localização do município na área de influência do Comperj atrairá investimentos e incrementará a geração de empregos e a arrecadação de impostos na região.

Há expectativas da população sobre as mudanças, positivas e negativas, acarretadas com a instalação e o desenvolvimento do Comperj. O receio vem da experiência do município não contar com projetos e programas de reflorestamento e recuperação do solo, nascentes, morros, florestas, margens de rios e áreas de recarga. O que se observa é a falta de um plano de contingência e o pouco envolvimento das comunidades nas questões.

## **VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA – BREVE HISTÓRICO**

A evolução do conceito de vigilância epidemiológica está historicamente centrada nos Estados Unidos. Até 1950, o CDC (Centers for Disease Control) ampliou o uso do termo vigilância, abrangendo a doença e uma ampla variedade de condições, e após 1950 liderado por Langmuir, o CDC incluiu as suas atividades a investigação epidemiológica, coleta ordenada e análise de dados de morbidade e mortalidade (Langmuir, 1971). Diferente da “vigilância de doentes” e suspeitos, esta nova prática, uma “vigilância das doenças”, centrou a atenção no comportamento da doença e não do indivíduo (Sevalho, 2000).

Langmuir (1971) destaca que um importante instrumento da vigilância, sobretudo no sucesso contra a poliomielite, foram os relatórios como base para as notícias consistentes para o público, e ressalta que o mais importante é que manteve todos em posição de responsabilidade plenamente informados, desta forma possibilitando decisões a partir de um comum de fato. Sevalho (2000) aponta que deve



ser observado que para Langmuir cabia à vigilância apenas a coleta, a manipulação e a difusão de dados e suas “interpretações”, e que as medidas de controle não eram responsabilidade direta da vigilância. Ressalta Sevalho, porém, que o caráter coercitivo da vigilância não pode ser afastado, pois as transformações nas práticas da vigilância estão intimamente ligadas ao processo histórico, cultural e político de conquista das liberdades civis, superando o domínio restrito do “desenvolvimento tecnológico e científico”.

A expansão do termo vigilância assumiu uma importância internacional, primeiro liderado por Karel Raska e mais tarde pela Organização Mundial de Saúde, que dá destaque para a Vigilância em escala global (Langmuir, 1971). E é na 21ª Assembléia da OMS, de 1968, a vigilância passa a compreender também a pesquisa científica, dada a sua importância como uma função essencial em saúde pública (Arreaza e Moraes, 2010).

Na América Latina, o desenvolvimento da medicina, saúde pública e epidemiologia ocorreu com características diferentes, mas a prática epidemiológica de controle de doenças dos EUA influenciou o México, a América Central e o Caribe Espanhol, e após a II Guerra Mundial também a América do Sul, em especial o Cone Sul (Romero e Trancoso, 1981).

No Brasil, a prática epidemiológica ganhou força com a medicina higienista instituída pelo poder público, voltada para o controle de endemias, o saneamento nos núcleos urbanos e nos portos. Diferente das experiências europeias, que ainda no século XVIII, através da Alemanha, França e Inglaterra, estabeleceram-se a partir de medicinas mais diretamente relacionadas às questões políticas e sociais. Na Alemanha, a medicina de Estado estava voltada para a morbidade, onde saberes e práticas médicas caminhavam juntas e os médicos estavam subordinados à administração central. Na França era a medicina urbana, onde se pautava a medicalização das cidades, através da vigilância e hospitalização representados pelo sistema político-médico da quarentena. E na Inglaterra a medicina caracteriza-se pela assistência e controle autoritário dos pobres, um cordão sanitário para controlar a classe trabalhadora (Monken e Barcellos, 2007). No Brasil, a partir da década de 1990, com a necessidade de reorganizar as práticas de saúde na perspectiva do Sistema Único de Saúde (SUS), a vigilância epidemiológica passou a integrar as práticas coletivas e individuais com um olhar para as necessidades



sociais de saúde, ampliando-se o seu escopo conceitual e concebeu-se outro modelo de vigilância, a vigilância da saúde (Arreaza e Moraes, 2000).

## **DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA À VIGILÂNCIA EM SAÚDE**

O termo vigilância, ao longo da história, tem sido associado a vários conceitos, isso de acordo com o entendimento e concepção do que é designado como área de atuação. Desta forma, tem sido objeto de redefinições com significados internacionalmente reconhecidos, a partir de suas ações (Albuquerque et al, 2002), adquirindo as denominações vigilância epidemiológica ou vigilância em saúde pública, pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), passando, no Brasil, por vigilância à saúde, vigilância da saúde e vigilância em saúde.

Segundo Albuquerque et al (2002), foi no contexto da V Conferência Nacional de Saúde, e com a Lei Federal 6.259/75, que ficou definido que a vigilância epidemiológica “compreende as informações, investigações e levantamentos necessários à programação e avaliação das medidas de controle de doenças e de situações de agravos à Saúde” (Brasil. Lei ; 1975: 4433).

Para Arreaza e Moraes (2010), reorganizar o setor saúde em face dos princípios de universalização, integralidade e equidade, incitou a epidemiologia a ampliar os horizontes e perceber várias questões que emergiram com a construção do SUS. Assim, a vigilância epidemiológica transcende o modelo anterior e incorpora na sua essência a importância das condições de vida.

A vigilância em saúde, entendida como uma forma de pensar e agir em saúde, tem como objetivo a análise permanente da situação de saúde da população e a organização e execução de práticas de saúde adequadas ao enfrentamento dos problemas existentes (Ministério da Saúde, 2007).

As ações de vigilância, promoção, prevenção e controle de doenças e agravos à saúde devem constituir um espaço de articulação de conhecimentos e técnicas vindos da epidemiologia, do planejamento e das ciências sociais. A vigilância em saúde é, pois referencial para mudanças do modelo de atenção (Ministério da Saúde, 2007).

Albuquerque et al. (2002) apontam, na evolução histórica conceitual da vigilância epidemiológica, a importância do projeto VIGISUS (Vigilância em Saúde no



Sistema Único de Saúde), que teve como objetivo a construção de um Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, hierarquizado, integrando vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, orientado para uma divisão de atribuições da vigilância, privilegiando pessoas e território.

Para Monken e Barcellos (2007), a vigilância em saúde traz consigo um importante debate sobre a reorganização de secretarias estaduais e municipais, devendo as ações incorporar os conceitos estruturantes, que são o território e população, os problemas de saúde relacionando também os determinantes e condicionantes sociais, a intersetorialidade e a interdisciplinaridade.

Nessa concepção do discurso oficial a territorialização é base do trabalho para a prática da vigilância em saúde. O fundamental nesse processo é eleger prioridades para o enfrentamento dos problemas identificados nos territórios de atuação, o que se refletirá na definição das ações mais adequadas, contribuindo para o planejamento e promoção local, e isso só é possível a partir de um reconhecimento do território que inclui conhecer as relações existentes e, sobretudo, as condições de vida (Ministério da Saúde, 2007).

## **VIGILÂNCIA EM SAÚDE NO TERRITÓRIO**

O conceito de território é um dos mais utilizados no processo de reorientação do modelo de assistência à saúde pública no Brasil, e, neste sentido, é ferramenta fundamental para se compreender mudanças de modelo na Estratégia Saúde da Família (ESF), na Promoção da Saúde e na Vigilância em Saúde. A reorganização do SUS com base no território é apresentada como garantia de respostas mais fidedignas para as reais necessidades de saúde da população, por possibilitar uma junção entre população e serviços de saúde, tornando-se ambos responsáveis ou corresponsáveis pelo processo saúde-doença-cuidado.

O reconhecimento do território é a ferramenta para a caracterização da população e de seus problemas de saúde, para avaliação dos serviços sobre os níveis de saúde da população, e para o estabelecimento do vínculo entre os serviços de saúde e a população. Instituir o território como balizador do novo modelo de vigilância em saúde justifica-se pelo agravamento das desigualdades sociais associado a uma segregação socioespacial que leva à restrição do acesso aos serviços ou até mesmo à exclusão da





população no que concerne às condições de saúde e vida (Monken e Barcellos, 2005). O termo território tem origem no latim, em que *territorium* deriva de terra, significando pedaço de terra apropriada, em sentido mais antigo é uma porção delimitada da superfície terrestre (Godim e Monken, 2009).

Raffestin (1993), um dos principais teóricos da construção desse conceito, aponta que o território se apoia no espaço, mas não é o espaço, pois não são termos equivalentes, sendo o espaço anterior ao território.

Rogério Haesbaert (2004) dialoga com Raffestin (1993) no sentido do território ser um espaço delimitado, utilizando a vertente jurídica- política, mas acrescenta o poder de controle que o Estado tem sobre esse território.

Milton Santos (2002) entende que o território é um conjunto de sistemas naturais e artificiais, que abriga pessoas, instituições, empresas, sem importar o seu poder. Desta forma, o território deve considerar não só as divisões jurídico-políticas no escopo do espaço físico, mas sobretudo suas heranças históricas e seu conteúdo econômico, financeiro, fiscal e normativo. Para o autor esse olhar para o território aponta para um quadro de vida pautado na interdependência, constituída pelos lugares, que vai levar à fusão entre o local, o global invasor e no caso do Brasil ao nacional sem defesa.

A categoria território assume, portanto, importante papel para a implementação da reforma democrática na saúde. O território, com sua materialidade histórica, constitui espaço de trocas e pactuações entre população e serviços, sendo o suporte da organização das práticas em saúde, da vida da população, da conformação dos contextos que explicam a produção dos problema de saúde e da responsabilidade de atuação sobre a realidade social (Monken et al., 2008).

## **VIGILÂNCIA EM SAÚDE E PARTICIPAÇÃO SOCIAL**

Historicamente a participação social tem início com as lutas que buscaram reorientar o modelo de saúde que privilegia a assistência curativa, individual e a medicina privada. Trata-se, no contexto da reforma sanitária que instituiu o SUS, de lutas da sociedade civil na reivindicação de acesso a serviços de qualidade e direitos que asseguram a manutenção da saúde.

A discussão sobre o conceito de participação, no entanto, é nova nas esferas acadêmica e pública. O debate teórico e político no século XX consistiu em substituir



participação política por participação social, como se as expressões fossem sinônimos, porém no uso clássico o primeiro se refere à participação de todos os membros da polis (condição de direito ou de dever universal) e o segundo se aplica a segmentos específicos da população: os pobres, os excluídos, as minorias (Vianna et al, 2009).

Stotz (2008) aponta que o conceito genérico de participação social usado na sociologia tem o sentido de integração, para indicar a natureza e o grau de incorporação do indivíduo ao grupo e de norma ou valor pelo qual se avaliam tipos de organização de natureza social, econômica, política etc.

Participação social é apontado por Vianna et al (2009) como a intervenção, além da dimensão política pública, na dimensão privada: como morar, como manter a saúde etc, ou seja, trata-se de intervir em processos decisórios que atingem o coletivo. Em uma sociedade privada de seus direitos mais básicos a busca por esses direitos torna-se a expressão legítima do exercício da cidadania e de busca de uma sociedade mais democrática.

Já participação popular compreende as múltiplas ações que diferentes forças sociais desenvolvem para poder influenciar a formulação, execução, fiscalização e avaliação das políticas públicas na área social da saúde, educação, habitação, transporte etc (Valla e Stotz,1991). Os autores defendem a participação popular como uma prática capaz de transformar a sociedade, ressaltando, contudo, que exercer tal prática sempre esbarrará no impedimento dos representantes da burguesia, que lutam pela manutenção de seus privilégios, fazendo uso da restrição de acesso às informações, limitando a participação e atribuições, retardando decisões ou até mesmo encaminhando as discussões para instâncias superiores onde o poder de reivindicação perde sua força. Em outra perspectiva, funcionam como bloqueio das manifestações e movimentos populares os atrativos mecanismos da cooptação e do clientelismo.

Em saúde, sobretudo, a participação popular é a garantia da valorização de várias realidades vivenciadas pelo indivíduo e o coletivo que contribuem para a conscientização e, fundamentalmente, para a luta pela mudança rumo à constituição de uma sociedade igualitária em direitos e democracia (Valla, 1993).

Nesse contexto, Victor Valla criou o conceito de Vigilância Civil da Saúde (Guimarães et al., 2011). Ligado fundamentalmente à educação popular em saúde, esse conceito se desenvolveu a partir de um sistema de escuta acerca do saber local, do lugar,



vivido e experienciado, sobre o processo saúde-doença-cuidado e seus determinantes sociais (Valla, 1998).

A vigilância civil da saúde é o processo que privilegia a abordagem qualitativa e a pesquisa participante, enfatizando a prática da educação popular em saúde, destacando-se nessas intervenções a Ouvidoria Coletiva (Guimarães et al., 2011).

Segundo Stotz (2009), para Victor Valla, a Ouvidoria Coletiva era a concretização da Vigilância Civil da Saúde. O projeto da vigilância civil da saúde, centrado na Ouvidoria Coletiva, era uma expressão concreta e frutífera do diálogo entre sociedade civil e os profissionais de saúde. Essa experiência recebeu o Prêmio Antônio Sérgio Arouca de gestão participativa.

A partir desta reflexão podemos compreender cenários prospectivos como estratégia para a vigilância em saúde. Os saberes e práticas locais se encontram com a técnica, por meio de trocas vivenciadas pela população e pelo profissional de saúde. Esse encontro carrega sonhos e esperanças e potencial imaginativo a construção de outra vigilância em saúde onde se façam presentes os movimentos sociais.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de uma abordagem de natureza qualitativa, onde a seleção da amostra é intencional. As técnicas de coleta de dados utilizados foram à análise documental e entrevistas semiestruturadas. Os dados obtidos com a realização das entrevistas foram analisados pela técnica da análise de conteúdo.

### **Desenvolvimento**

Foram entrevistados quatro profissionais técnicos de nível superior atuantes no serviço de vigilância epidemiológica com tempo de atuação e experiências diferentes. A pesquisa se realizou no período do processo eleitoral do governo municipal o que interferiu no conteúdo, fez com que os profissionais ficassem inseguros e isso teve impacto direto tanto no que diz respeito quanto ao acesso aos profissionais como no teor das respostas.



## **Resultado**

No tocante sobre Vigilância em Saúde os profissionais entrevistados demonstraram divergências quanto ao escopo da Vigilância em Saúde, superposição de conceitos e o embate entre teoria e prática. A prática que está distante dos discursos oficiais, impacta fortemente no processo de reorientação do novo modelo da Vigilância em saúde e fundamentalmente no tocante a Participação Social na Vigilância em Saúde. Quanto a Participação Social, esta é compreendida desde a participação popular na comunidade local como prática cotidiana até uma dimensão social mais ampla. Contudo, os conselhos e associações comunitárias, são apontados como cenários de cooptação.

O território é reconhecido pela sua materialidade e subjetividade, assim como espaço político-administrativo mais do que espaço do pertencimento e da afetividade.

Quanto a participação social integrada a vigilância em saúde com base no território, não se identificou na fala dos entrevistados uma efetiva participação da população no processo da vigilância em saúde. E mesmo depois da influência de um grande empreendimento industrial nesse território, não surgiu nenhuma proposta de trabalho da vigilância em saúde com a integração da participação da população de nível local.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

ALBUQUERQUE, Maria Nunes de; CARVALHO, Eduardo M. Freese de and LIMA, Luci Praciano. Vigilância epidemiológica: conceitos e institucionalização. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* [online]. 2002, vol.2, n.1, pp. 7-14. ISSN 1519-3829

ARREAZA, Antonio Luis Vicente and MORAES, José Cássio de. Vigilância da saúde: fundamentos, interfaces e tendências. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2010, vol.15, n.4, pp. 2215-2228. ISSN 1413-8123

BRASIL. Ministério da Saúde (2007). Caderno de atenção básica – Vigiancia em saude – 2007



FARIA, R M.; BORTOLOZZI, A . Espaço, Território e Saúde: Contribuições de Milton Santos para o tema da Geografia da Saúde no Brasil. R. RA e GA, Curitiba, n.1, p. 31-41, 2009 Editora UFPR.

GODIM, Graça maria de Miranda; MONKEN, Maurício; 2009 Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

GUIMARAES, Maria Beatriz Lisboa et al. Os impasses da pobreza absoluta: a experiência da Ouvidoria Coletiva na região da Leopoldina, Rio de Janeiro (RJ, Brasil). *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2011, vol.16, n.1, pp. 291-300. ISSN 1413-8123.

HAESBAERT, R. O Mito da Desterritorialização: do fim dos territórios à multiterritorialidade. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004

LANGMUIR, AD. Evolution of the concept of surveillance in the United States. Proceedings of the Royal Society of Medicine, 1971; 64: 681-689

MONKEN, M. e BARCELLOS, C Vigilância em Saúde e Território Utilizado: Possibilidades Teóricas e Metodológicas. 2005

MONKEN, M. e BARCELLOS, C O território na Promoção e Vigilância em Saúde – Livro O território e o processo saúde doença. 2007

RAFFESTIN, C. Por uma Geografia do Poder. Ed. Ática, São Paulo. 1993

Relatório de Monitoramento de Indicadores Epidemiológicos dos Municípios das Áreas de Influência do COMPERJ para o Terceiro Quadrimestre de 2009 – 2009.

ROMERO, A & TRONCOSO, MC. La vigilancia epidemiológica: significado e implicaciones en la práctica y en la docencia. Cuadernos Médico Sociales, 1981; julho: 17- 28

SANTOS, Milton. O país distorcido: o Brasil, a globalização e a cidadania. Organização, apresentação e notas de Wagner Costa Ribeiro; ensaio de Carlos Walter Porto Gonçalves. São Paulo: Publifolha, 2002.

SEVALHO, G. Farmacovigilância: Bases históricas, conceituais e operacionais-GOMES, M. J. V. M. Ciências farmacêuticas: uma abordagem em farmácia hospitalar. 1ª ed, Editora



Atheneu,SP 2000.

Stotz, E. Verbete Participação Social. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. 2008

STOTZ, Eduardo. Entre a academia e a rua: Victor Vincent Valla (1937-2009). *Interface (Botucatu)* [online]. 2009, vol.13, n.31, pp. 461-466. ISSN 1414-3283

THACKER, SB & BERKELMAN, RL. Public health surveillance in the United States. *Epidemiologic Reviews*, 1988; 10: 165-190

VALLA Víctor Vincent(coord); Carvalho, Mariângela de; Assis, Mônica de. Participação popular e os serviços de saúde: o controle social como exercício da cidadania / Popular 1993

VALLA, Victor Vincent. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. *Cad. Saúde Pública* [online]. 1998, vol.14, suppl.2, pp. S07-S18. ISSN 0102-311X. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1998000600002>.

VALLA, Victor Vincent; STOTZ, Eduardo. Participação Popular e Saúde. 2ª Edição. Petrópolis, 1991

VIANNA, M. L. T. W.; Cavalcanti, M. L., Cabral, M. P. Participação em saúde: do que estamos falando? *Sociologias*, ano 11, n. 21, p. 218 – 251, 2009.