



Desafios e problemas éticos da vigilância em saúde: tensão dialética entre riscos e necessidades em saúde

Challenges and ethical problems of Health Surveillance: dialectic tension between health risks and needs



Autor

Jose Roque Junges

Universidad do Vale do Rio dos Sinos
(UNISINOS), Brasil

E-mail: roquejunges@hotmail.com

Rosangela Barbiani

Universidad do Vale do Rio dos Sinos
(UNISINOS), Brasil

E-mail: robarbiani@gmail.com



Resumo

Serviços de saúde são atravessados por uma tensão dialética entre duas diretivas: o controle coletivo de riscos e o cuidado individual, cujas necessidades são configuradas pelos determinantes sociais da saúde. A vigilância, como serviço, centrado na governamentalidade biopolítica dos riscos coletivos tem como foco certa população, vivendo em determinado território, definido como espaço social onde se manifestam as necessidades em saúde, demandando cuidados de saúde. As respostas dependem de dados da vigilância construídos a partir dos processos sociais que configuram riscos. O problema ético central é se esses dados motivam processos de emancipação ou de perpetuação da situação de risco.

Abstract

The Health Services are under a dialectic tension between two directives: the collective control of risks and individual care, whose needs are shaped by social determinants of health. The surveillance, as a service, centers on the biopolitical governing of collective risks and focusses on a certain population, living in a specific area, defined as a social space, where the health needs are evident, demanding healthcare. The responses depend on the surveillance data taken from the societal processes that make up the risks. The central ethical problem is if these data cause facilitate emancipation or perpetuate the risks.

Key words

Vigilância em saúde; epidemiologia; grupos de riscos; necessidades e demandas de serviços de saúde; ética.

Health surveillance; epidemiology; risk groups; health services needs and demands; ethics.

Fechas

Recibido: 15/01/2018. Aceptado: 02/04/2018



1. Introdução

O atendimento à saúde caracteriza-se por uma tensão dialética entre duas diretivas: a centrada no controle de riscos e agravos, onde o indivíduo e população são objetos de práticas coletivas; e a baseada na perspectiva das necessidades em saúde, socialmente determinadas, onde indivíduo e sociedade compõem uma mesma unidade de produção no processo saúde-doença. Trata-se de dois paradigmas, movidos pelo mesmo arcabouço discursivo, em geral centrado na promoção da saúde, mas orientados por lógicas diversas de atuação que podem provocar atravessamentos e ruídos quando se encontram ao nível do território.

Nos tempos modernos, a população começou a ser a referência para a governamentalidade por ser uma ameaça de risco, se não for controlada e, por isso, o dispositivo da segurança passou a ser o eixo do poder

Nos tempos modernos, a população começou a ser a referência para a governamentalidade por ser uma ameaça de risco, se não for controlada e, por isso, o dispositivo da segurança passou a ser o eixo do poder. Assim, o controle de riscos para a segurança da população tornou-se o objetivo da governamentalidade. No início, os riscos foram controlados pelo disciplinamento dos corpos e posteriormente pela normatização da saúde da população. Se o poder soberano mostrava sua força fazendo morrer e deixando viver, o biopoder, atualmente, ao contrário, se expressa fazendo viver e deixando morrer. Por isso desenvolvem dinâmicas biopolíticas de promoção e qualificação da vida e da saúde a serviço da produtividade do sistema (Foucault 2008a, 2008b).

O conceito de biopolítica não se reduz ao sentido de captura da vida a serviço do sistema de biopoder, mas inclui também a compreensão dos dispositivos biopolíticos de resistência e emancipação dessa captura.

Nesse contexto histórico e ideológico se situa a origem da vigilância como dispositivo de governamentalidade, no campo da saúde e da esfera societária. Assim sendo, a saúde como política pública expressa as marcas do projeto societário hegemônico, de acordo com os embates e interesses em cena.

Um dos mais agudos diagnósticos da contemporaneidade, apontado por Beck é a assim chamada sociedade do risco que significa uma ruptura com a modernidade originária, na medida que o desenvolvimento da política, da economia e dos próprios comportamentos culturais é acompanhado pela produção social de riscos, criando instabilidade e ameaças de todo tipo. A consciência sobre os possíveis riscos e a busca de dispositivos de proteção e segurança são uma nota característica da sociedade atual (Beck, 2010).

Essa situação de instabilidade e insegurança promoveu uma gradativa cultura e produção de dispositivos de vigilância, que dão origem a um paradigma panóptico de convivência social que induz os cidadãos a assumirem comportamentos de disciplina e controle que, no fundo, são uma sutil coerção (Elmer, 2012). Esse panoptismo chega a tal sofisticação que os cidadãos já não necessitam de dispositivos reais de controle, mas a pura simulação de sua possibilidade os induz a ter comportamentos de vigilância e controle (Bogard, 2012).



É indispensável levar em consideração os determinantes sociais como configuradores dos riscos e das necessidades em saúde

A vigilância aparece como uma tecnologia de segurança biopolítica, como um meio para garantir a segurança da vida das pessoas pelo manejo daquilo que é incerto e aleatório como são os riscos. Isso significa uma gestão algorítmica dos comportamentos que estão na origem desses riscos. Assim a vigilância se configura como uma forma híbrida de biopoder, porque ao mesmo tempo controla e protege (Ceyhan, 2012).

Essa interpretação da vigilância como tecnologia de segurança biopolítica da população vale como ferramenta para a análise dos serviços da vigilância em saúde, caracterizada pelo hibridismo entre controle e proteção do coletivo frente a riscos.

Entretanto, esse modelo não abarca a atenção às necessidades de saúde desde a perspectiva singular e coletiva dos sujeitos, centrada no cuidado humanizado de indivíduos e grupos particulares que expressam modos de vida e condições concretas de existência em uma dada sociedade. Assim as necessidades e seus correspondentes riscos são socialmente produzidos de acordo com o projeto societário engendrado por ela. Por isso é indispensável levar em consideração os determinantes sociais como configuradores dos riscos e das necessidades em saúde. Os riscos para a população não têm uma expressão concreta e particular e por isso são abstratos, porque se expressam em complexas estatísticas, enquanto que as necessidades têm um rosto concreto e singularizado, configuradas pelo contexto das reais condições sociais de vida e do acesso aos serviços que atendem às essas necessidades.

Na tensão dialética dessas dimensões: o controle/monitoramento de riscos (coletivo) e o cuidado/vínculo das necessidades (indivíduo), configuradas a partir da determinação social da saúde no campo de disputas de projetos societários distintos, movimenta-se a vigilância em saúde. A abordagem ética da vigilância precisa levar em consideração essas lógicas, seus valores e práticas correspondentes. O artigo quer discutir a pertinência e a relevância de uma vigilância crítica, pautada pela governamentalidade biopolítica dos riscos e pelos determinantes sociais das necessidades em saúde, apontando para seus desafios e problemas éticos.

2. Identidade da vigilância em saúde: dispositivo biopolítico e epidemiologia crítica

A Organização Mundial da saúde, ao revisar a regulação internacional de saúde, definiu “a vigilância como a sistemática e progressiva coleta, comparação, exame e análise de dados para ações de saúde pública e a disseminação imediata de informações para avaliar e decidir respostas de saúde pública, se necessário” (WHO, 2005). Nessa perspectiva, a vigilância é a “contínua e sistemática coleta, análise e interpretação de dados relacionados com a saúde, necessários para o planejamento, implementação e avaliação de ações de saúde pública” (WHO, 2008). Portanto, compreende uma permanente vigilância ou monitoramento de eventos humanos e naturais, ligados à saúde com vistas a ações de controle e proteção da população.



A vigilância está sempre baseada numa imbricação entre poder, população e território. Sempre que existe a definição de um território ali está presente o poder e este sempre se refere a um território definido

Esse conceito aponta para a natureza da vigilância, típica da sociedade pós-moderna globalizada, onde o desenvolvimento tecnológico a serviço do bem-estar e da saúde é acompanhado pela maior percepção sobre os riscos que a ameaçam. O processo de globalização que promove a circulação de pessoas e mercadorias significou uma potencialização dos riscos para a saúde pela maior disseminação de agentes patogênicos. Essas ameaças levaram as autoridades internacionais a fazer pressões sobre os governos para criarem controles e registros de riscos sanitários. Essas iniciativas levaram a uma gradativa vigilância biopolítica, em que estão implicados dois conceitos básicos: a preservação de bens públicos globais, como a saúde, e a cidadania biopolítica pela qual são aceitos controles individuais pelo bem coletivo. Assim a globalização significou uma gradativa aceitação da vigilância biopolítica ao nível internacional (Youde, 2010).

Nesse sentido, a vigilância é um dispositivo de poder biopolítico em que sempre estão implicados uma população em foco e um território de abrangência que precisa ser monitorado. Assim a vigilância está sempre baseada numa imbricação entre poder, população e território. Sempre que existe a definição de um território

ali está presente o poder e este sempre se refere a um território definido. Mas aqui território não significa simplesmente um espaço geográfico físico, mas um território/ambiente habitado por uma população. A conexão entre território e população faz circular a vida, gerando biopoder e dinâmicas biopolíticas de controle e de desenvolvimento da vida que circula. Trata-se de um território constituído e atravessado pela dinâmica das relações sociais que definem os espaços de vida cotidiana onde se desenrola a sociabilidade do grupo (Monken & Barcellos, 2005). Essa análise vale especialmente para o espaço urbano no qual essas interfaces estão mais presentes e são mais perceptíveis. Por isso pode-se falar de uma cidade biopolítica (Cavaletti, 2010).

Se o território não é uma pura realidade física georeferenciável, mas um espaço socialmente configurado pelos modos de vida da população que o habita e atravessado pelos interesses sociais do projeto societário hegemônico que o determina, não se poderá apontar os riscos e agravos que ameaçam essa população nem compreender as necessidades em saúde que ela traz aos serviços, sem referenciá-los a esse contexto de determinantes sociais. E se hoje esse território se configura como espaço urbano com tudo o que essa denominação significa, então a saúde atualmente depende em grande parte da organização espacial e ambiental das cidades. E se o espaço urbano é atravessado em grande escala pela lógica consumista, transformando a cidade numa grande máquina centrada na busca frenética da ganância e da produtividade, cabe perguntar se no modelo atual urbano é possível a vigência do direito à saúde, entendido como usufruir de qualidade de vida e de ambientes saudáveis? (Breilh, 2010).

Portanto, os 'diagnósticos' da saúde de uma cidade não podem ser feitos a partir de esquemas formais cartesianos e lineares de dados empíricos e somente basear-se em estatísticas e em bases geoespaciais de efeitos e indicadores obser-



váveis e quantificáveis, mas deve integrar todas relações da determinação social que permita interpretar a gênese desses efeitos observados. (Breilh, 2010, p. 89)

Quais são as consequências dessa constatação para a compreensão do papel da vigilância? Ela não pode ficar reduzida à coleta de dados epidemiológicos sobre doenças a serviço da prática clínica ou do controle sanitário, ela precisa investigar dados contextuais do meio ambiente (vigilância ambiental), das condições de trabalho (vigilância do trabalhador) e da comercialização de produtos de consumo (vigilância sanitária e nutricional) para fundamentar a tomada de medidas de saúde pública, porque esses dados apontam para os reais agravos que vulneram a saúde das pessoas, principalmente em tempos de significativo aumento das enfermidades crônicas. Isso significa que a vigilância não pode ser reduzida ao recebimento de notificações, mas ser uma instância ativa de busca e investigação de riscos contextuais e estruturais dos quais decorrem as necessidades de saúde.

Essas considerações mostram o significado e a conotação política das ações da vigilância, porque ela toca em interesses de grupos econômicos que, muitas vezes, tentam impedir o monitoramento e a avaliação de processos industriais e comerciais que são

A vigilância não pode ser reduzida ao recebimento de notificações, mas ser uma instância ativa de busca e investigação de riscos contextuais e estruturais dos quais decorrem as necessidades de saúde

produtores de agravos à saúde. Um resultado que se pode constatar analisando a organicidade das quatro vigilâncias (epidemiológica, sanitária, ambiental e da saúde do trabalhador) é que a vigilância ambiental e a da saúde do trabalhador são a parte débil e ineficiente ou, em geral, nem estão previstas no organograma das secretarias municipais de saúde no Brasil. Tendo presente essa constatação, o papel da vigilância não é apenas avaliar sanitariamente a qualidade de consumo dos produtos vendáveis nos estabelecimentos de comércio, ação que interessa ao próprio mercado, mas a cadeia produtiva desses produtos, o que significa avaliar os processos de trabalho que sustentam essas cadeias com suas consequências sobre a saúde dos trabalhadores e os danos que esses processos industriais podem acarretar ao meio

ambiente pela produção de lixo e dejetos fluviáteis. Assim no momento em que se começa a avaliar não apenas a qualidade do produto final, mas suas cadeias produtivas, impõe-se a superação da fragmentação das vigilâncias e sua integração em ações conjuntas de monitoramento e avaliação (Leão & Vasconcellos, 2015).

Nesse cenário se explicita a centralidade da epidemiologia para a vigilância, para que aconteça a necessária integração e transformação na sua organização e função é necessária uma nova compreensão da própria epidemiologia. Essa é a proposta do sanitarista equatoriano Jaime Breilh com a obra *Epidemiologia Crítica: Ciência emancipatória e Interculturalidade* (2006).

A epidemiologia clássica está fundada no paradigma positivista da causalidade dos fatores de risco, reificando e esvaziando o seu conteúdo histórico, reduzindo-os a cálculos probabilísticos e escondendo os processos generativos que explicam a sua ocorrência e por fim nivelando no plano empírico fatores associados e manipuláveis, enviesando sua interpretação (Breilh 2006).



A lógica do paradigma do risco é vertical, com uma racionalidade centrada no presente fatorial, um presente desvinculado dos processos históricos de gênese (passado) e de emancipação (utopia), razão por que é uma teoria de enorme utilidade para os modelos de gestão neoliberal e para a manipulação da hegemonia da saúde. Ela é a base de uma epidemiologia sem memória e sem sonhos de emancipação, presa à ditadura de um presente cuja persistência é conseguida mediante mudanças de forma que chamamos de mudanças cosméticas, às quais deixam intacta a estrutura insalubre. (Breilh 2006, p. 202)

A epidemiologia crítica não está centrada em fatores estáticos, mas em processos histórico-sociais que determinam a produção e a distribuição das condições coletivas da saúde da população

A epidemiologia crítica não está centrada em fatores estáticos, mas em processos histórico-sociais que determinam a produção e a distribuição das condições coletivas da saúde da população. Esses processos abarcam as relações sociais, as ideias e as práticas societárias que determinam e organizam as respostas às necessidades em saúde. As respostas dependem dos interesses estratégicos determinados pelo sistema econômico-político da sociedade, dos modos de vida de grupos particulares e dos processos sociobiológicos dos indivíduos, abrindo caminhos emancipatórios de transformação das condições de vida (Breilh, 2006).

Esse paradigma crítico de vigilância como dispositivo biopolítico de resistência e emancipação das condições ambientais e sociais insalubres, frutos de processos societários econômico-políticos que ameaçam a saúde da população servirá de contexto e referência para pensar os desafios e problemas éticos da vigilância.

3. Questões éticas da vigilância: foco na vulneração social

De acordo com a lógica dominante que vem pautando as demandas de ação à saúde e, por conseguinte, à vigilância em saúde pública, os problemas éticos apontados, em geral, tem a ver com os conflitos entre o armazenamento e a disseminação de dados estocados e a privacidade dos indivíduos. Essa compreensão de ética prioriza a autodeterminação individual, enfatizando a importância do consentimento informado, a partir do paradigma da autonomia, tendo como modelo, os princípios da ética em pesquisa.

Tal perspectiva é insuficiente para abarcar a complexidade das questões éticas da vigilância, porque apenas tangencia a questão fulcral posta: a tensão ética entre as ações de controle dos riscos e proteção coletiva da população e o atendimento e cuidado do indivíduo/comunidade em suas necessidades, ambos configurados por um modelo societário de desenvolvimento econômico e social que os determinam. Ademais, a ética em pesquisa e a ética da vigilância são realidades e situações diferentes, necessitando de modelos diversificados para pensar os problemas morais. A autonomia e a privacidade não são o núcleo fulcral da ética da vigilância em saúde (WHO, 2017).

Para equacionar problemas éticos da saúde pública, como é caso da vigilância é mais adequado assumir como referência o paradigma da vulneração que aponta para o fato



de pessoas e grupos viverem em condições sociais que vulneram basicamente a sua saúde. Essa deveria ser a preocupação fundamental da vigilância: apontar as condições sociais de vulneração da população produzidas por processos societários. Aqui explicita-se a pertinência do conceito de determinação social que implica a análise da ordem politico-econômica dominante, da qual reproduzem-se relações sociais excludentes em suas expressões de classe social, raça, etnia e gênero (Breilh, 2015).

Nesse sentido, os serviços de saúde pública precisam ter como foco de suas ações essa situação de vulneração através de políticas públicas que protejam essa população dos agravos criados pelas condições sociais (Kottow, 2003, 2004; Arán & Peixoto 2007). Por isso, a análise dos problemas éticos da vigilância deve assumir uma perspectiva hermenêutica crítica discursiva do contexto no qual emergem esses problemas, inspirada nas discussões sobre os dispositivos da biopolítica, iniciadas por Foucault (Stodart, 2012).

Para a vigilância, o sujeito primordial de preocupação não é o indivíduo, mas grupos e a inteira população. Por isso o valor de referência ética é a produção social da saúde no âmbito da coletividade

Para a vigilância, o sujeito primordial de preocupação não é o indivíduo, mas grupos e a inteira população. Por isso o valor de referência ética é a produção social da saúde no âmbito da coletividade. Assim sendo, para além da privacidade, a questão que se coloca é qual o papel da vigilância na promoção da equidade em saúde ou na perpetuação da discriminação, considerando os processos excludentes que determinam socialmente sua

produção. Nesse enfoque, há um deslocamento central que parte do respeito à privacidade e autonomia individuais para as ações no campo da defesa da saúde como bem e direito humano inalienável e universal. Essa visão implica na permanente interrogação sobre que saúde se pretende produzir, qual é a teleologia intrínseca e a lógica subjacente de suas práticas. Nesse sentido, a coleta, o manejo e a disseminação de dados populacionais pode produzir estigma, discriminação e perpetuação de inequidades em determinados grupos sociais. Assim sendo, o problema ético não é tanto a privacidade das informações, mas a produção social da estigmatização provocada pela revelação dos dados que perpetuam a discriminação de determinados grupos sociais já vulnerados. Em outras palavras, os dados epidemiológicos dos fatores de risco de determinados grupos vulneráveis, investigados científica e asépticamente, sem a interpretação crítica desses fatores a partir de processos histórico-sociais que os determinam, podem justificar ou perpetuar a discriminação e estigmatização desses grupos. Essa deve ser uma das primeiras preocupações éticas da vigilância: para que servem os dados coletados.

O foco da vigilância é um território habitado ambientalmente por uma população que o configura e atravessado socialmente por interesses de poder que estão em jogo naquela sociedade. A atual investigação de riscos e registro de agravos é insuficiente para essa tarefa, porque não dá conta dos novos problemas sanitários que estão surgindo com força e exigindo uma abordagem sistêmica e integrada da vigilância para que possa assumir questões emergentes como saúde mental, doenças crônicas, a violência urbana, consumo de água, presença de agrotóxicos nos alimentos, a saúde do trabalhador, a situação ambiental, o consumismo (Franco Neto et al., 2017).



A invasão às informações individuais, coletivas, privadas e públicas tem sido prática recorrente em vários espaços da vida social, inclusive no campo da saúde

Na contemporaneidade, esse contexto sociocultural é sempre mais configurado pela incorporação dos avanços do mundo tecno-ciber-burocrático, cooptado pelo poder financeiro dominante, que captura a subjetividade, através das tecnologias digitais, a serviço da mais valia do capital, reproduzido não mais tanto pela tradicional sub-

sunção da força de trabalho, mas sempre mais pela dominação dos desejos das pessoas. Essa captura acontece pela adesão a valores consumistas e hedonistas sempre associados que escravizam a subjetividade, afetando a saúde física e psíquica, dando origem a novos agravos e riscos antes impensáveis. A vigilância ainda não acordou para os riscos do processo sociocultural da captura digital da subjetividade. Por outro lado, o mundo ciberdigital revoluciona os meios e processos de monitoramento e da governamentalidade da sociedade com novos dispositivos biopolíticos. A invasão às informações individuais,

coletivas, privadas e públicas tem sido prática recorrente em vários espaços da vida social, inclusive no campo da saúde. O uso indiscriminado do poder da informação passa a ser um novo dispositivo de controle. O *cyber bullying*, os crimes sexuais virtuais, os transtornos de dependência aos jogos virtuais são expressões da forma como a era digital afeta a saúde. Por fim, essa nova cultura ciberdigital, capturada pela lógica do capital financeiro, centrada no mercado, determina sempre mais a própria formação profissional e a produção intelectual. Dessa maneira, corre-se o risco de alienação do conhecimento acadêmico, de mercantilização da produção científica e de cooptação de seus pesquisadores à serviço do modelo fármaco-biomédico e da medicalização da saúde pública, negando os determinantes sociais e os processos sociohistóricos de produção da saúde (Breilh, 2015). Essa nova governamentalidade digital de controle biopolítico afetará sempre mais profundamente a configuração da vigilância. Como enfrentar essa realidade na perspectiva crítica e emancipadora da vigilância?

Para que seja possível essa perspectiva e uma abordagem sistêmica e integrada da vigilância, é necessário superar uma concepção de ciência sobre os riscos, que privilegie apenas os conhecimentos gerados pela academia e os profissionais, mas integrando conhecimentos e saberes populares originários das populações, porque são conhecedoras como ninguém dos ambientes e contextos que habitam. Não se trata evidentemente de eliminar o conhecimento científico, que é indispensável, mas de calibrar esses dados coletados sobre riscos com a percepção e intuição dos saberes daqueles que sofrem os seus efeitos. O problema reside nas epistemologias atuantes, mas invisíveis, nos paradigmas onipresentes da ciência moderna, entranhados na biomedicina, na epidemiologia e mesmo nas ciências sociais, gerando conhecimentos especializados, tidos como superiores que desconsideram os saberes dos sujeitos objetos que eles estudam.

Um exemplo podem ser as decisões burocratizadas da ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária do Brasil), fechadas e excludentes dos saberes dos grupos subalternizados, porque baseados numa pretensa universalidade e neutralidade, tratando da mesma maneira o produto de um pequeno agricultor familiar e de uma gigante multinacional de alimentação. Em outras palavras, é necessário descolonizar a vigilância da



sua conotação de biopoder policial de controle de riscos para uma dinâmica biopolítica de resistência e de resiliência aos interesses alheios à saúde da população, tornando as ações da vigilância, participativas e emancipatórias ao encontro das reais necessidades de saúde das populações que pretende proteger.

A finalidade dos dados coletados e produzidos pela vigilância pode ser a perpetuação da exclusão ou a emancipação

Descolonizar a saúde coletiva, a vigilância e as práticas de promoção implica promover diálogos mais horizontais em contextos de lutas sociais com os radicalmente excluídos do Sul Global, permitindo a emergência de saberes e práticas emancipatórias para além de universalismos que invisibilizam alternativas em termos de outras sociabilidades, outras economias, outras formas de saber, sentir, trabalhar e produzir. (Porto, 2017, pp. 3157-58)

Esse é o grande desafio ético da vigilância em saúde: dar-se conta da epistemologia que organiza seus dados e conhecimentos, fazendo, assim, uma análise crítica da sua conotação de biopoder policial de controle para ser um dispositivo biopolítico de resistência e de emancipação daqueles que ela pretende proteger. Aqui fecha-se o círculo sobre o núcleo ético do papel da vigilância: a finalidade dos dados coletados e produzidos pela vigilância pode ser a perpetuação da exclusão ou a emancipação, considerando a forma de como esses dados foram gerados com a participação ou não dos saberes e das práticas dos grupos afetados.

4. Considerações finais

A vigilância origina-se e caracteriza-se como um paradigma de governamentalidade biopolítica de controle dos riscos que ameaçam a saúde da população. Esses riscos acontecem em determinado território, configurado como espaço social, onde se manifestam as necessidades em saúde dos indivíduos, demandando cuidados aos serviços. Essas duas diretivas, riscos e necessidades em saúde, estão numa tensão dialética, pois a conformação dos riscos e a manifestação das necessidades dependem de processos socioeconômicos que atravessam esse espaço habitado, determinados pelo projeto societário assumido por aquela sociedade. Tendo presente esse pressuposto, o núcleo ético da vigilância revela-se na interface entre a como se originam os dados coletados e produzidos por ela, se com a participação ou não dos saberes e das práticas dos afetados, e para que servem ou qual é a finalidade desses dados que pretendem proteger, pois se eles não ajudam a emancipar os atingidos pela situação de risco com a assessoria dos profissionais, podem simplesmente perpetuar os processos de vulneração da saúde daquela população.



Bibliografia

- Arán, M., & Peixoto Jr., C. A. (2007). Vulnerabilidade e vida nua: Bioética e biopolítica na atualidade. *Rev. Saúde Pública*, 47(5), 849-857.
- Beck, U. (2010). *Sociedade de risco. Rumo a uma outra modernidade*. São Paulo: Ed. 34.
- Bogard, W. (2012). Simulation and Post-Panopticism. In K. Ball, K. D. Haggerty, & D. Lyon (Eds.), *Routledge Handbook of Surveillance Studies* (pp. 30-37). London/New York: Routledge.
- Breilh, J. (2006). *Epidemiologia crítica. Ciência emancipadora e interculturalidade*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz.
- Breilh, J. (2010). LA epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano. *Salud Colectiva*, 6(1), 83-101.
- Breilh, J. (2015). Epidemiología del siglo XXI y ciberespacio: repensar la teoría del poder y la determinación social de la salud. *Rev. bras. Epidemiol.*, 18(4), 972-982.
- Cavaletti, A. (2010). *Mitología de la Seguridad. La ciudad biopolítica*. Buenos Aires: Adriana Hidalgo Editora.
- Ceyhan, A. (2012). Surveillance as Biopower. In k. Ball, K. D. Haggerty, & D. Lyon (Eds.), *Routledge Handbook of Surveillance Studies* (pp. 38-45). London/New York: Routledge.
- Elmer, G. (2012). Panopticon-Discipline-Control. In k. Ball, K. D. Haggerty, & D. Lyon (Eds.), *Routledge Handbook of Surveillance Studies* (pp. 21-29). London/New York: Routledge.
- Foucault, M. (2008a). *Segurança, Território, População*. São Paulo: Ed. Martins Fontes.
- Foucault, M. (2008b). *Nascimento da Biopolítica*. São Paulo: Ed. Martins Fontes.
- Franco Neto, G., Villardi, J. W. R., Machado, J. M. H., Souza, M. S., Brito, I. F., Santorum, J. A., Ocké-Reis, C. O., & Fenner, A. L. D. (2017). Vigilância em Saúde brasileira: reflexões e contribuições ao debate da 1ª. Conferência Nacional de Vigilância em Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(10), 3137-3148.
- Kottow, M. (2003). The vulnerable and the susceptible. *Bioethics*, (17), 460-471.
- Kottow, M. (2004). Vulnerability: What kind of principle is it? *Medicine, Health Care and Philosophy*, (7), 281-287.
- Leão, L. H. C., & Vasconcellos, L. C. F. (2015). Cadeias Produtivas e a vigilância em saúde, trabalho e ambiente. *Saúde e Sociedade*, 24(4), 1232-1243.
- Monken, M., & Barcellos C. (2005). Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(3), 898-906.
- Porto, M. F. S. (2017). Pode a vigilância em saúde ser emancipatória? Um pensamento alternativo de alternativas em tempos de crise. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(10), 3149-3159.
- Stoddart, E. (2012). A Surveillance of Care: Evaluating Surveillance Ethically. In k. Ball, K. D. Haggerty, & D. Lyon (Eds.), *Routledge Handbook of Surveillance Studies* (pp. 369-373). London/New York: Routledge.
- World Health Organization. (2005). *Revision of the International Health Regulation*. Fifty Eight World Health Assembly, Geneva: WHO. Acessado em 06 de outubro de 2017: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43883/1/9789241580410_eng.pdf
- World Health Organization. (2008). *WHO Health Topics / Public Health Surveillance*. Geneva: WHO. Acessado em 5 e novembro de 2017: http://www.who.int/topics/public_health_surveillance/en/



- World Health Organization. (2017). *WHO Guidelines on ethical Issues in Public Health Surveillance*. Geneva: WHO. Acessado em 03 novembro de 2017: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255721/1/9789241512657-eng.pdf>
- Youde, J. (2010). *Biopolitical Surveillance & Public Health in International Politics*. New York: Palgrave Macmillan.