

Unidade Curricular
Saúde Coletiva

Material de apoio à ação
docente



**SECRETARIA DE
EDUCAÇÃO E ESPORTES**

**SECRETARIA EXECUTIVA DE DESENVOLVIMENTO DA EDUCAÇÃO
GERÊNCIA GERAL DE ENSINO MÉDIO E ANOS FINAIS DO ENSINO FUNDAMENTAL
GERÊNCIA DE POLÍTICAS EDUCACIONAIS DO ENSINO MÉDIO**

Secretário de Educação e Esportes
Marcelo Andrade Bezerra Barros

Secretário Executivo Planejamento e Coordenação
Leonardo Ângelo de Souza Santos

Secretária Executiva do Desenvolvimento da Educação
Ana Coelho Vieira Selva

Secretária Executiva de Educação Profissional e Integral
Maria de Araújo Medeiros

Secretário Executivo de Administração e Finanças
Alamartine Ferreira de Carvalho

Secretário Executivo de Gestão da Rede
João Carlos Cintra Charamba

Secretário Executivo de Esportes
Diego Porto Perez



SECRETARIA DE EDUCAÇÃO E ESPORTES

SECRETARIA EXECUTIVA DE DESENVOLVIMENTO DA EDUCAÇÃO
GERÊNCIA GERAL DE ENSINO MÉDIO E ANOS FINAIS DO ENSINO FUNDAMENTAL
GERÊNCIA DE POLÍTICAS EDUCACIONAIS DO ENSINO MÉDIO

Equipe de elaboração

Sueli Tavares de Souza Silva

Rayane Lima Gomes

Equipe de coordenação

Alison Fagner de Souza e Silva

Chefe da Unidade do Ensino Médio (GEPEN/SEDE)

Durval Paulo Gomes Júnior

Assessor Pedagógico (SEDE/SEE-PE)

Revisão

Andreza Shirlene Figueiredo de Souza

Chrystiane Carla S. N. Dias de Araújo

Rosimere Pereira de Albuquerque



SECRETARIA DE EDUCAÇÃO E ESPORTES

SECRETARIA EXECUTIVA DE DESENVOLVIMENTO DA EDUCAÇÃO
GERÊNCIA GERAL DE ENSINO MÉDIO E ANOS FINAIS DO ENSINO FUNDAMENTAL
GERÊNCIA DE POLÍTICAS EDUCACIONAIS DO ENSINO MÉDIO

Sumário

1. Apresentação	5
2. Conceito de saúde	8
Orientações para a realização de atividades	12
Orientações para a Avaliação	13
3. Práticas sanitárias: estudo, análise e intervenção social	14
Orientações para a realização de atividades	18
Orientações para a Avaliação	19
4. A Saúde Pública e Coletiva segundo o Sistema Único de Saúde (SUS)	20
Orientações para a realização de atividades	26
Orientações para a Avaliação	28
5. Referencial Bibliográfico	30



SECRETARIA DE EDUCAÇÃO E ESPORTES

SECRETARIA EXECUTIVA DE DESENVOLVIMENTO DA EDUCAÇÃO
GERÊNCIA GERAL DE ENSINO MÉDIO E ANOS FINAIS DO ENSINO FUNDAMENTAL
GERÊNCIA DE POLÍTICAS EDUCACIONAIS DO ENSINO MÉDIO

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.
(CF, 1988 - artigo 196)

I. Apresentação

Prezado/a professor/a,

Usufruir de saúde durante toda vida, sempre foi uma das metas almejadas pelos seres humanos para chegar a uma longevidade saudável. Em diferentes períodos da história da humanidade e em diversas esferas sociais, o assunto saúde coletiva, aparece constantemente ligado a temas que o deixam em evidência, tais como: a obesidade, a anorexia, o descarte inadequado de resíduos, os alimentos transgênicos e atualmente, a pandemia do coronavírus causada pelo vírus SARS-CoV-2, que tem sido amplamente discutido na sociedade e estudado nos meios acadêmicos.

O termo **saúde**, etimologicamente, é proveniente do latim *salus* (*salutis*), cujo significado é de salvação, conservação da vida, cura, bem-estar; na língua portuguesa, ela deriva da palavra *salude*, cujo vocábulo é oriundo do século XII (1.204). (PEREIRA, 2008).

No contexto atual, a definição de saúde pela Organização Mundial de Saúde (OMS) encontra-se obsoleta. Essa definição vai muito além do que ter ausência de doenças. Ser saudável envolve aspectos relacionados com a determinação social, econômica e ambiental, mais do que puramente biológica ou mental da saúde; por isso, ela é considerada um fenômeno produzido socialmente, que cabe no cotidiano das populações e nas ações de âmbito coletivo, extrapolando com isso, o campo específico da assistência médico-curativa (SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003).

Como forma de contribuir com a promoção da saúde e, conseqüentemente, melhorar a qualidade de vida dos estudantes da rede pública estadual, a Secretaria de Educação do Estado de Pernambuco apresenta a Unidade Curricular Saúde Coletiva como componente curricular a ser vivenciado nas escolas por professores e professoras. Ressaltamos que esse material de apoio à ação docente, elaborado para essa unidade curricular, não se configura como único



material a ser utilizado. Os professores têm autonomia para buscar suas próprias referências e outros instrumentos para subsidiar as suas aulas.

Destinada aos estudantes do Ensino Médio, a Unidade Curricular Saúde Coletiva faz parte da área de Ciências da Natureza e suas Tecnologias e pertence às Trilhas *Saúde Coletiva e Qualidade de Vida*, como obrigatória, e *Modos de Vida, Cuidado e Inventividade*, como optativa. Caso os estudantes tenham interesse de ingressar em alguns desses cursos de nível superior: Medicina, Ciências Biológicas, Enfermagem, Nutrição, Biomedicina, Farmácia, Fisioterapia, Terapia ocupacional, Psicologia, Fonoaudiologia, Educação Física, Bioquímica, Física Médica, entre outros relacionados, essa “trilha”, esse “caminho”, poderá ser uma opção para o estudante.

Como parte do Novo Currículo de Pernambuco, a Unidade Curricular Saúde Coletiva contém como eixos estruturantes a *Investigação Científica* e a *Mediação e Intervenção Sociocultural*. No atual Currículo de Pernambuco, para que os estudantes tenham acesso aos objetivos presentes nos dois eixos estruturantes citados anteriormente, professores (as) deverão vivenciar em aula, as duas habilidades específicas a seguir:

Investigação Científica - (EMIFCNT03PE) selecionar, investigar e mobilizar dados que expressem a inter-relação de natureza interdisciplinar da saúde coletiva, evidenciando as práticas sanitárias e os hábitos preventivos, desenvolvendo uma consciência cidadã que oriente a busca por qualidade de vida.

Mediação e Intervenção Sociocultural - (EMIFCNT07PE) identificar e explicar questões que apresentam a natureza interdisciplinar da saúde coletiva, aprofundando estudos a respeito das práticas sanitárias e os hábitos preventivos, desenvolvendo projetos de uma consciência cidadã para a qualidade de vida.

O foco pedagógico no eixo estruturante **Investigação Científica** deve estar voltado para a realização de atividades que permitam os estudantes a investigar, sistematizar e aplicar os conhecimentos científicos apreendidos, transpostos didaticamente em aula, em diferentes situações hipotéticas e do cotidiano. Nesse eixo, a pesquisa científica é uma condição essencial, porque permite que o estudante desenvolva todas as etapas do método científico, ou seja, desde a formulação de hipóteses até a solução do problema.



SECRETARIA DE EDUCAÇÃO E ESPORTES

SECRETARIA EXECUTIVA DE DESENVOLVIMENTO DA EDUCAÇÃO
GERÊNCIA GERAL DE ENSINO MÉDIO E ANOS FINAIS DO ENSINO FUNDAMENTAL
GERÊNCIA DE POLÍTICAS EDUCACIONAIS DO ENSINO MÉDIO

No eixo **Mediação e Intervenção Sociocultural**, o foco pedagógico das atividades deve instrumentalizar o estudante para o desenvolvimento do protagonismo juvenil, através do engajamento em projetos, ações e atividades de mobilização e intervenções sociais, culturais e ambientais que estimulem o desenvolvimento de posturas comportamentais benéficas em favor da comunidade onde está inserido. Conhecendo a realidade da comunidade (potencialidades e necessidades), os estudantes podem contribuir para uma mudança positiva na realidade de sua comunidade, tornando-se com isso, um agente de transformação social.

A Ementa inclui os cinco tópicos a seguir:

Reflexão sobre os fundamentos do conhecimento científico referentes ao conceito de saúde e os princípios determinantes deste processo na coletividade. Estudo de temáticas que apresentam práticas sanitárias minimizando problemas sociais de saúde pública. Aprofundamentos sobre Saúde Pública e Saúde Coletiva na perspectiva histórico-conceitual da construção do Sistema Único de Saúde. Elaboração de Ações coletivas que possam prevenir problemas de saúde visando ao bem-estar social. Ações coletivas que previnem problemas de saúde visando ao bem-estar social.



2. Conceito de saúde

Saúde é um conceito complexo e dinâmico, pois segundo Scliar (2007) reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural, isto é, não representa a mesma coisa para todas as sociedades, comunidades e pessoas. Depende da época, do lugar, da classe social, dos valores individuais e de concepções científicas, religiosas, filosóficas.

O conceito de saúde reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural. Ou seja: saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas. Dependerá da época, do lugar, da classe social. Dependerá de valores individuais, dependerá de concepções científicas, religiosas, filosóficas. O mesmo, aliás, pode ser dito das doenças. Aquilo que é considerado doença varia muito. Houve época em que masturbação era considerada uma conduta patológica capaz de resultar em desnutrição (por perda da proteína contida no esperma) e em distúrbios mentais. A masturbação era tratada por dieta, por infibulação, pela imobilização do “paciente”, por aparelhos elétricos que davam choque quando o pênis era manipulado e até pela ablação da genitália. Houve época, também, em que o desejo de fuga dos escravos era considerado enfermidade mental: a drapetomania (do grego drapetes, escravo). O diagnóstico foi proposto em 1851 por Samuel A. Cartwright, médico do estado da Louisiana, no escravagista sul dos Estados Unidos. O tratamento proposto era o do açoite, também aplicável à “disestesia etiópica”, outro diagnóstico do doutor Cartwright, este explicando a falta de motivação para o trabalho entre os negros escravizados (SCLIAR, 2007).

A palavra Saúde, etimologicamente, vem do latim salus (salutis) cuja significação é de salvação, conservação da vida, cura, bem-estar. Em Português, deriva da palavra salute, termo do século XIII (1204), em espanhol salud (século XI), em italiano salute, em francês santé (XI) que é proveniente do vocábulo sanitas (sanitatis) (CARLOS NETO, DENDASCK e OLIVEIRA, 2016).

A dificuldade de conceituar saúde vem desde a Grécia antiga (CANGUILHEM, 1990). De acordo com (COELHO; ALMEIDA FILHO, 2002) esta dificuldade pode ser decorrente da carência de estudos ou da dificuldade de abordar a saúde de forma positiva, como, processo resultante de paradigma científico dominante nos mais diversos campos de pesquisa. Um exemplo disso, é o da influência da indústria farmacêutica, que tem restringido investimentos de pesquisa a um tratamento teórico e empírico da questão da saúde como mera ausência de doença, promovendo certa cultura desse conceito.



SECRETARIA DE EDUCAÇÃO E ESPORTES

SECRETARIA EXECUTIVA DE DESENVOLVIMENTO DA EDUCAÇÃO
GERÊNCIA GERAL DE ENSINO MÉDIO E ANOS FINAIS DO ENSINO FUNDAMENTAL
GERÊNCIA DE POLÍTICAS EDUCACIONAIS DO ENSINO MÉDIO

Outro aspecto importante na determinação do conceito de saúde está associado ao modelo social de doença. Um dos exemplos é o modelo biomédico. Neste modelo, unicausal, mecanicista, a doença apresenta base biológica, sendo oriunda de um agente patogênico, logo se trata de uma patologia. A doença corresponde a uma falha de adaptação ou presença de alterações estruturais do organismo, causando disfunções, cujo tratamento é realizado por práticas curativas (BARROS, 2002).

Por sua vez, no modelo da História Natural da Doença, segundo Nunes (1978), considerado multicausal, a doença é entendida como "todas as inter-relações do agente, do hospedeiro e do meio ambiente que afetam o processo global e seu desenvolvimento, desde as primeiras forças que criam o estímulo patológico no meio ambiente ou em qualquer outro lugar, passando pela resposta do homem ao estímulo, até as alterações que levam a um defeito, invalidez, recuperação ou morte". Esse modelo tem sua origem no clássico trabalho de Leavell e Clark (1976), que estabelecem dois períodos: o pré-patogênico e o patogênico, que caracterizam a história natural da doença. Além desse paradigma, os autores elaboraram um segundo no qual traçam os níveis de prevenção primária, secundária e terciária.

No modelo de determinação social da doença, as pessoas adoecem e morrem em função do jeito com que vivem e a saúde é determinada pelos nossos hábitos e por fatores como, trabalho, alimentação, renda, habitação entre outros, ou seja, está associada ao jeito de viver social, cultural e economicamente (ALMEIDA-FILHO, 2004).

A tabela abaixo sintetiza a diferença entre os dois modelos sociais de doença com concepções mais divergentes:

MODELO BIOMÉDICO	MODELO DETERMINAÇÃO SOCIAL DA DOENÇA
Valorização do Complexo industrial	Movimento pela reforma sanitária
Provisoriedade- Verdade absoluta	Verdade como processo
Valorização da célula e da química	Valorização da psicologia e da cultura
Todo poder do médico	Valorização da atuação multiprofissional/interdisciplinar
Valorização do conhecimento fragmentado	Valorização da pessoa como um todo
Onipotência	Permeabilidade/humildade
Rigidez	Flexibilidade
Alienação	Pensamento crítico



SECRETARIA DE EDUCAÇÃO E ESPORTES

SECRETARIA EXECUTIVA DE DESENVOLVIMENTO DA EDUCAÇÃO
GERÊNCIA GERAL DE ENSINO MÉDIO E ANOS FINAIS DO ENSINO FUNDAMENTAL
GERÊNCIA DE POLÍTICAS EDUCACIONAIS DO ENSINO MÉDIO

Hospital/indivíduo	Centro de saúde/comunidade
Só trata o doente	Inclui promoção da saúde
Educação como médico-sujeito e o paciente como objeto	Educação como relação sujeito-sujeito, na relação médico-paciente
Fechamento para outras racionalidades(charlatanismo)	Flexibilidades para outras racionalidades médicas
Negação da saúde pública	Valorização da saúde pública
Determinação Biológica	Determinação social
Modelo biomédico/flexneriano	Modelo saúde coletiva brasileira
Culpabilização individual	Responsabilidade do social

Disponível em:

https://unassus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/33307/mod_resource/content/1/Unidade%201/top3_1.html (acesso em 04.06.2022)

A evolução do conceito e de práticas em saúde esteve sempre relacionada às doenças (BARROS, 2002; FARIAS; SEILD, 2005; MISHRA et al., 2015; CUNHA et al., 2021).

Do ponto de vista histórico, antropológico e sociológico, há relatos que a religião, desde a antiguidade, e ainda nos dias atuais sempre teve uma forte influência em tratamentos de saúde da população. Indivíduos de diferentes religiões recorrem à "medicina espiritual", para tratarem doenças e obterem saúde. Pinto e Falcão (2014), descrevem muito bem esse aspecto, quando relata a existência de raízes históricas que ligam a religiosidade e a saúde, ao longo dos séculos e, com isso, a magia, a religião e a cura quase sempre andaram juntas.

A medicina mágico-religiosa, predominante na antiguidade, se inseria em um contexto religioso-mitológico no qual o adoecer era resultante de transgressões de natureza individual ou coletiva, sendo requerido para reatar o enlace com as divindades, o exercício de rituais que assumiam as mais diversas feições, conforme a cultura local, liderados pelos feiticeiros, sacerdotes ou xamãs. As relações com o mundo natural se baseavam em uma cosmologia que incluía deuses caprichosos e espíritos tanto bons como maus. Os indivíduos pensavam a doença em termos desses agentes, cabendo aos responsáveis pela prática médica da época apelar essas forças sobrenaturais. Esse enfoque é ainda hoje aceito por milhares de pessoas, habitantes de sociedades tribais ou não, com a intromissão, concomitante, por vezes, de elementos da medicina ocidental, dita científica (BARROS, 2002).

Para os antigos hebreus, a doença não era necessariamente devida à ação de demônios, ou de maus espíritos, mas representava, de qualquer modo, um sinal da cólera divina, diante dos pecados humanos. A enfermidade proclamava o pecado, quase sempre em forma visível, como no caso da lepra, que é uma doença contagiosa, que sugere, portanto, contato entre corpos humanos, contato que pode ter evidentes conotações pecaminosas. Deus é também o Grande



Médico: “Eu sou o Senhor, e é saúde que te trago” (Êxodo 15, 26); “De Deus vem toda a cura” (Eclesiastes, 38, 1-9).

Para os gregos, apesar da mitologia grega, representar uma forte influência na maneira de encarar as doenças, como através do culto às divindades Higiéia, deusa da Saúde, e Panacea, deusa da Cura. Eles acreditavam que a cura era obtida pelo uso de plantas e de métodos naturais, e não apenas por procedimentos ritualísticos (SCLIAR, 2007).

O termo ‘saúde’ designa, portanto, uma afirmação positiva da vida e um modo de existir harmônico, não incluindo em seu horizonte o universo da doença. Pode-se dizer deste ponto de vista, que ‘saúde’ é, em sua origem etimológica, um ‘estado positivo do viver’, aplicável a todos os seres vivos e com mais especificidade à espécie humana (CARLOS NETO, DENDASCK; OLIVEIRA, 2016).

Princípios determinantes de saúde na coletividade

Do ponto de vista epistemológico, o conceito científico de saúde e os princípios determinantes de sua coletividade tem se modificado e se ampliado ao longo do tempo. O conceito simples de ausência de doença tem dado lugar a um conceito amplo, no qual as dimensões biológica, comportamental, social, ambiental, política e econômica têm alargado esse conceito, demonstrando que o termo saúde, engloba conhecimentos de diferentes áreas do conhecimento o que a torna dinâmico e multidisciplinar, complexo e de difícil conceituação (CARLOS NETO et al., 2016).

Como os conceitos de saúde e doença estão relacionados a aspectos sociais, culturais, políticos e econômicos, ao longo da história, torna-se evidente que ambos evoluíram, a partir da inserção das dimensões física, emocional, mental e espiritual do ser humano. A introdução dessas dimensões levou-nos ao conceito adotado mundialmente de saúde pela Organização Mundial da Saúde, que a define como: “*um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade.*” (OMS, 1946).

Essa nova concepção do conceito de saúde revela a sua ampliação e destaca a importância da mesma como um direito fundamental assegurado à pessoa humana no âmbito coletivo, no qual as diversidades e diferenças de raça, credo, ideologia política ou condição



social e econômica, devem ser respeitadas, atestando com o que está escrito no artigo da Constituição de 1988 que decreta:

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

Orientações para a realização de atividades

Considerando a **investigação Científica** como um eixo de estudo para abordagem do conceito de saúde em aula, abordá-lo como “ausência de doença” é reduzi-lo ao olhar das Ciências Biomédicas, um olhar mecanicista. Nessas Ciências, a obtenção da saúde é “Prática Curativa” e “não Preventiva e nem de Promoção à Saúde”. A promoção da saúde é obtida, a partir de diagnóstico, tratamento e cura de doenças. Tal fato acontece pela medicalização, na qual as condições e problemas de saúde humana são tratados por uso de medicamentos. Nos dias atuais, esse procedimento está cada vez mais evidente, tornando as despesas com a assistência médica bem elevadas e ficando cada vez mais insustentáveis.

A sugestão de atividade é provocar o estudante para que conceitue/defina o que é saúde coletiva, permitindo ao mesmo desenvolver e descobrir pelo processo investigativo, o conhecimento que se deseja conhecer. Para isso, o professor deve estimular a sua curiosidade, orientar na busca da investigação e desafiá-lo a buscar as respostas. Um exemplo de conteúdo didático que pode ser solicitado aos estudantes, seria o levantamento de doenças que mais atingiram e levaram a óbito as pessoas de sua comunidade durante um período determinado. Pedir que os estudantes elaborem um mapa com os dados e os apresentem em sala de aula, indicando qual grande dúvida esses dados levantam.



Outros conhecimentos científicos voltados para consolidar as informações sobre as doenças que mais atingiram e levaram a óbito as pessoas da comunidade, seriam as possíveis explicações que podem ser obtidas a partir do levantamento de dados a respeito de como eram os costumes da comunidade na época, a conjuntura política, os tipos de atividades profissionais, o poder aquisitivo, o acesso a bens considerados importantes para ter saúde e qualidade de vida, o ambiente, os tipos de relações sociais estabelecidas na sociedade local e global, entre outros aspectos que podem ajudar a compreender melhor o mundo. Mas isso será assunto dos próximos capítulos.

Orientações para a Avaliação

Partindo da atividade proposta e levando em consideração o eixo investigação científica, uma forma de avaliar a construção do conhecimento após o momento investigativo, seria solicitar que os alunos identificassem problemas encontrados com a construção do mapa e na sequência listar explicações obtidas pelos estudantes após o levantamento de dados ou outros métodos utilizados para testar as hipóteses levantadas pelos grupos.



3. Práticas sanitárias: estudo, análise e intervenção social

A busca pela saúde ideal articulada à qualidade de vida sempre foi uma das metas do homem. Para isso, pesquisadores têm procurado conhecer o corpo humano em sua totalidade e os processos de interações. Ações de controle sobre o exercício da medicina, o meio ambiente, os medicamentos e os alimentos existiram desde longínquas eras. (COSTA; ROZENFELD, 2000).

Segundo Illich (1975), a divisão do corpo humano, a tecnologização das práticas e a fragmentação do saber, com o surgimento das várias especialidades médicas, têm gerado reações contra a expropriação da saúde e, desde a década de 1970, vêm propiciando um movimento que busca ressuscitá-la como objeto científico.

Contraopondo-se às ideias do paradigma flexneriano, curativista, no qual a saúde seria um produto das práticas sanitárias proveniente das Ciências da Saúde, temos o trabalho de Santos e Westphal (1999). A pesquisa desses autores revela que, nos últimos dois séculos, a saúde é produzida socialmente e vem sendo orientada por diferentes práticas de saúde pública.

As práticas sanitárias são formas concretas, pelas quais, o setor da saúde responde às necessidades e problemas de saúde da população. Elas constroem de forma coletiva e são próprias de um contexto histórico e social. A partir dos sucessivos movimentos de recomposição das práticas sanitárias, apreendemos que elas decorrem de distintas articulações entre sociedade e Estado, definindo, em cada conjuntura, as respostas sociais às necessidades e aos problemas de saúde (SANTOS, 2005).

A humanidade, desde o início das cidades, sempre se preocupou com a vigilância sanitária, apesar de não conhecer ainda os processos de contaminação que espalhavam a peste, a cólera, a varíola, a febre tifóide e outras doenças que marcaram a história; mas, mesmo não conhecendo todo o processo de transmissão de doenças, era sabido que a água poderia ser uma via de contaminação e que os alimentos de igual maneira poderiam ser meios de propagação de doenças. Com as populações se aglomerando em cidades, estes problemas foram crescendo e se tornando mais complexos. (ANVISA, 2002).



SECRETARIA DE EDUCAÇÃO E ESPORTES

SECRETARIA EXECUTIVA DE DESENVOLVIMENTO DA EDUCAÇÃO
GERÊNCIA GERAL DE ENSINO MÉDIO E ANOS FINAIS DO ENSINO FUNDAMENTAL
GERÊNCIA DE POLÍTICAS EDUCACIONAIS DO ENSINO MÉDIO

Do ponto de vista Médico-Sanitário, as práticas sanitárias estão alicerçadas na Lei Orgânica da Saúde, Lei Federal 8.080/1990, que estabelece, no artigo 15, “sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, o que pressupõe, necessariamente, a competência de cada uma das entidades estatais para legislar nesses campos”.

No âmbito dos sistemas de saúde, o termo vigilância é comum. De acordo com diferentes autores, há diferenças quando se refere à vigilância da/em/na/ saúde. Tal aspecto revela que o termo apresenta especificidades, diferindo uma da outra do ponto de vista técnico-operacional. Como exemplo, cita-se o estudo de Teixeira, Paim e Vilasbôas (2000) que descreve três tipos de vigilância da saúde:

a) Vigilância da saúde sob o aspecto da “análise de situações de saúde”, ou seja, à racionalidade técnica-sanitária fundada na clínica e na epidemiologia; caracteriza-se pela ampliação dos objetos da vigilância epidemiológica tradicional (doenças transmissíveis);

b) Vigilância da saúde que corresponde à “integração institucional entre a vigilância epidemiológica e a vigilância sanitária”; resultante de reformas administrativas, com a criação de departamentos de vigilância da saúde ou órgãos similares;

c) Vigilância da saúde como uma proposta de “redefinição das práticas sanitárias”, constituindo-se em um novo modelo assistencial dotado de algumas características básicas: intervenção sobre problemas de saúde; ênfase em problemas que requerem atenção e acompanhamento contínuos; articulação entre ações preventivas e de promoção; atuação intersetorial e sobre o território; intervenção sob a forma de operações.

Neste sentido, a Vigilância Sanitária (VISA), através da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), atua na prevenção de riscos sanitários provenientes de processos produtivos e de consumo de bens e serviços (LOPES e DE SETA, 2017).

O modo de vida e as relações sociais estabelecidas a partir do sistema produto-consumo e/ou serviço, na contemporaneidade, requerem da VISA uma atuação no âmbito da fiscalização e intervenção (Costa, 2009). Neste sentido, regras e normas devem ser consideradas e



respeitadas na produção, uso e circulação de produtos que apresentam algum tipo de risco para a saúde das pessoas (BRASIL, 2002).

O governo tem a obrigação de promover e proteger a saúde da população. Para isso, ele diz quais são as regras, as normas que devem ser consideradas e respeitadas na produção, uso e circulação de produtos que apresentam algum tipo de risco para a saúde das pessoas. O transporte de alimentos, por exemplo, tem que ser feito em condições tais que protejam o produto da deterioração ou contaminação e, por conseguinte, protejam a saúde daqueles que vão consumir. (ANVISA, 2002)

De acordo com a ANVISA (2002), são muitos os riscos que devem ser controlados pela Vigilância Sanitária dentre os quais podem ser citados: os ambientais, os ocupacionais, os sociais, os iatrogênicos e os institucionais. As descrições dos mesmos podem ser observadas em seguida:

Riscos ambientais: são aqueles que estão associados à água (consumo e mananciais hídricos); esgoto; lixo (doméstico, industrial, hospitalar); vetores e transmissores de doenças (mosquitos, barbeiro, animais); a poluição do ar, do solo e de recursos hídricos; transporte de produtos perigosos etc.

Riscos ocupacionais: são resultantes de processos de produção, substâncias, intensidades, carga horária, ritmo e ambiente de trabalho.

Riscos iatrogênicos: são decorrentes de tratamento médico e uso de serviços de saúde, tais como: medicamentos, infecção hospitalar, sangue e hemoderivados, radiações ionizantes, tecnologias médico-sanitárias, procedimentos e serviços de saúde.

Riscos institucionais: são consequentes de creches, escolas, clubes, hotéis, motéis, portos, aeroportos, fronteiras, estações ferroviárias e rodoviárias, salão de beleza, saunas etc.

Riscos sociais: são decorrentes de transporte, alimentos, substâncias psicoativas, violências, grupos vulneráveis e necessidades básicas insatisfeitas.



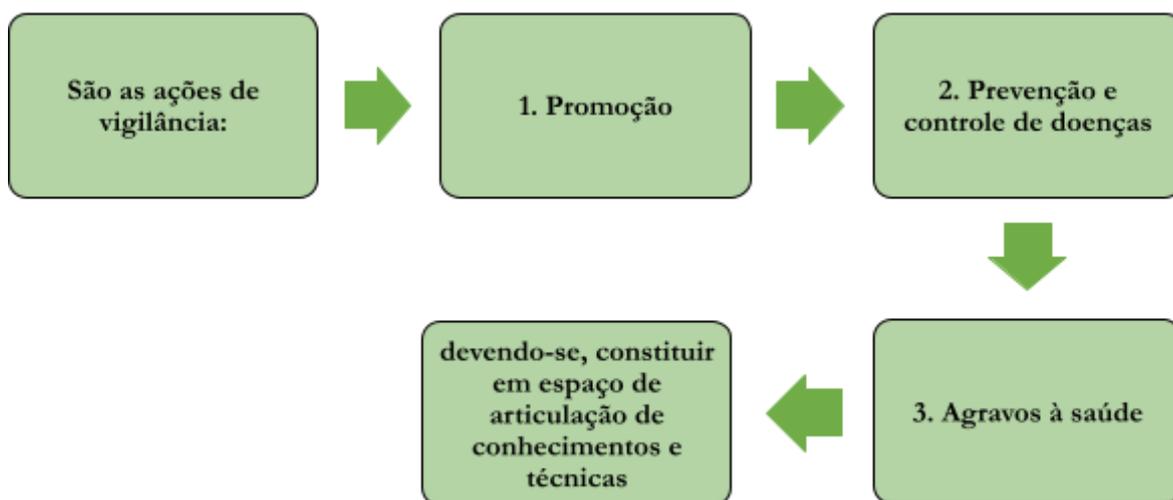
Tecnologias voltadas para melhorar a qualidade de vida das pessoas, particularmente na saúde, têm sido desenvolvidas e lançadas no mercado, diariamente. Alguns desses aparatos tecnológicos em forma de produtos, equipamentos e/ou procedimentos utilizados, por exemplo, na Vigilância em Saúde têm ajudado na promoção da saúde das populações e as ações de vigilância, promoção, prevenção e controle de doenças e agravos à saúde, devendo-se constituir em espaço de articulação de conhecimentos e técnicas (BRASIL, 2010).

As vigilâncias são caracterizadas como um conjunto de ações e lidam com riscos ou fatores determinantes e condicionantes de doenças e agravos, realizam algum tipo de investigação e requerem análises laboratoriais (SETA *et al.*, 2011).

A vigilância em saúde nasceu da necessidade de ampliar as práticas individuais e coletivas de saúde em nível local, por meio das contribuições do planejamento, epidemiologia e ciências sociais (TEIXEIRA *et al.*, 2000). A partir da década de 90, a vigilância em saúde, incorporava o amplo papel da epidemiologia em suas propostas de ação e, ao abordar o tema da desigualdade social em saúde, significava um deslocamento conceitual do saber epidemiológico face ao exclusivo controle dos riscos e danos para a compreensão das relações sociais que determinam a distribuição desigual dos agravos à saúde (MENDONÇA *et al.*, 1994).

O conceito de vigilância em saúde inclui os seguintes tipos de vigilâncias: o de controle de doenças transmissíveis e não transmissíveis; de saúde ambiental; de saúde de trabalhador; e da vigilância sanitária (BRASIL, 2010).

A vigilância em saúde tem por objetivo a observação e análise permanentes da situação de saúde da população, articulando-se em um conjunto de ações destinadas a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios, garantindo-se a integralidade da atenção, o que inclui tanto a abordagem individual como coletiva dos problemas de saúde (BRASIL, 2010).



Fonte: (BRASIL, 2010)

Atualmente, no Brasil, as vigilâncias sanitária, epidemiológica, ambiental, e em saúde do trabalhador constituem práticas sanitaristas que, em seu conjunto, visam promover, prevenir e proteger a saúde da população. Construídas em processos distintos e com representação em institucionalidades diversas, as vigilâncias foram definidas, por força de portaria ministerial, como integrantes da chamada Vigilância em Saúde (SETA et al., 2017).

Uma sugestão, é que o professor faça uma rápida busca em plataformas de vídeos sobre reportagens que trazem ações de fiscalização da Vigilância Sanitária. O objetivo é que os estudantes percebam a atuação desses órgãos para o bom funcionamento da sociedade.

Orientações para a realização de atividades

Dando sequência ao proposto anteriormente, o docente pode orientar a turma a fazer uma escuta da comunidade local, com o objetivo de identificar as práticas sanitárias e os hábitos preventivos que orientam a qualidade de vida das pessoas, a partir da aplicação de questionários



(formulários on-line) e/ou entrevistas, ou até rodas de conversas e, a partir disso, os estudantes farão um diagnóstico da realidade sobre a qual se pretende atuar.

Com os dados coletados sobre as doenças que mais atingiram e levaram a óbito as pessoas de sua comunidade durante um período determinado, bem como, quais as práticas sanitárias e os hábitos preventivos que orientam a qualidade de vida das pessoas, os estudantes podem fazer um levantamento, formulação e teste de hipóteses, incluindo a busca de dados oficiais, sobre em quais locais é possível encontrar esses equipamentos ou como requerer ao poder público a implementação desses equipamentos.

Neste momento, eles podem elaborar uma lista desses equipamentos para servir de orientação para os moradores do entorno da escola, do bairro ou da cidade.

Orientações para a Avaliação

Utilizar instrumentos avaliativos, por exemplo, um diário de bordo, que permita identificar se os estudantes após a escuta da comunidade, a busca de dados oficiais ou na análise dos resultados encontrados experimentalmente conseguem elaborar hipóteses para os resultados obtidos, bem como propor ações para sanar ou minimizar os problemas de saúde coletiva que envolvem os contextos sejam de ordem socioeconômico e/ou socioambiental.



4. A Saúde Pública e Coletiva segundo o Sistema Único de Saúde (SUS)

A história da saúde no Brasil tem sido marcada por desafios sociais e políticos, em diferentes períodos. Transformações na sociedade levaram modelos assistenciais de saúde à ascensão e declínio (SOUZA, 2014).

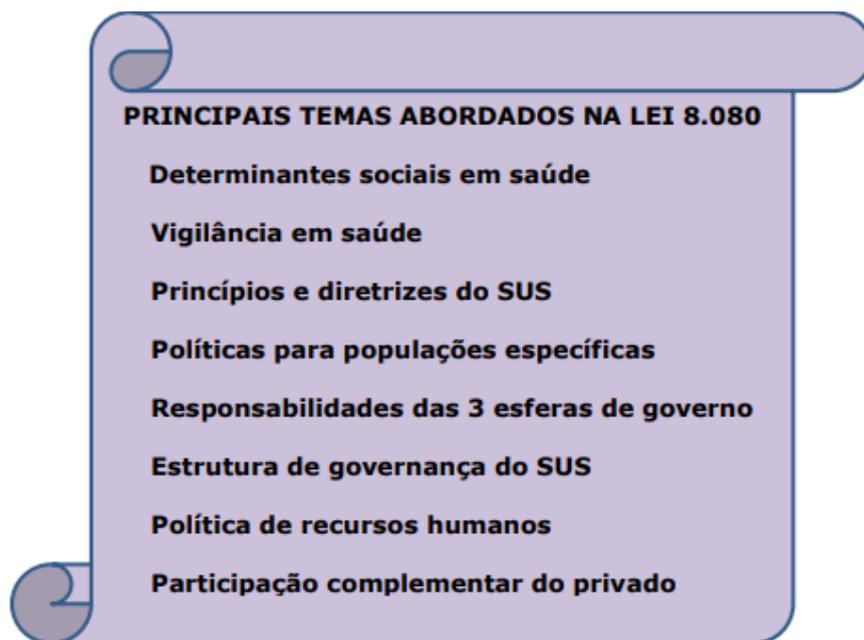
O Sistema Único de Saúde (SUS), atualmente, é o sistema de assistência à saúde proposto pela Reforma Sanitária e criado pela Constituição de 1988 que garante a saúde como um direito de todo sujeito e dever do Estado. O SUS tem seus níveis federal, estadual e municipal, cada qual com suas atribuições específicas (BRASIL, 2010).

De acordo com Teixeira *et al.* (2000), o sistema de saúde brasileiro abrange diversos modelos assistenciais, no qual os modelos hegemônicos, médico assistencial privatista (ênfase na assistência médico-hospitalar e nos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico) e o modelo assistencial sanitarista (campanhas, programas especiais e ações de vigilância epidemiológica e sanitária), são os que têm maior ligação. Em contrapartida, também busca a construção de modelos alternativos.

Além de prestar assistência médico-hospitalar, o SUS também desenvolve, nas cidades, no interior, nas fronteiras, portos e aeroportos, outras ações importantes como a prevenção, a vacinação e o controle das doenças. Faz vigilância permanente nas condições sanitárias, no saneamento, nos ambientes, na segurança do trabalho, na higiene dos estabelecimentos e serviços. Regula o registro de medicamentos, insumos e equipamentos, controla a qualidade dos alimentos e sua manipulação. Normaliza serviços e define padrões para garantir maior proteção à saúde. O SUS é uma conquista da sociedade brasileira e foi criado com o firme propósito de promover a justiça social e superar as desigualdades na assistência à saúde da população, tornando obrigatório e gratuito o atendimento a todos os indivíduos. Abrange do simples atendimento ambulatorial aos transplantes de órgãos, e é o único a garantir acesso integral, universal e igualitário (BRASIL, 2011).



A Lei 8.080/1990, que alicerça as atividades em saúde desenvolvidas pelo SUS, apresenta a partir de seus fundamentos, princípios e diretrizes, temas relevantes que retratam a concepção de saúde desse sistema, são eles:



Acesso em: <https://dhg1h5j42swfq.cloudfront.net/2016/05/11170708/LEI-8080-ESQUEMATIZADA1.pdf>

De acordo com Matta (2007), essa lei dispõe sobre a necessidade de regionalização e hierarquização da rede de serviços. Essa diretriz diz respeito a uma organização do sistema que deve focar a noção de território, onde se determinam perfis populacionais, indicadores epidemiológicos, condições de vida e suporte social, que devem nortear as ações e serviços de saúde de uma região.

O processo saúde-doença se trata de um sistema que apresenta visões diferenciadas, obtidas a partir de estudos e modelos desenvolvidos por pesquisadores de diversos campos de saberes que buscam explicá-los, socialmente, como, por exemplo, os determinantes sociais da saúde.



SECRETARIA DE EDUCAÇÃO E ESPORTES

SECRETARIA EXECUTIVA DE DESENVOLVIMENTO DA EDUCAÇÃO
GERÊNCIA GERAL DE ENSINO MÉDIO E ANOS FINAIS DO ENSINO FUNDAMENTAL
GERÊNCIA DE POLÍTICAS EDUCACIONAIS DO ENSINO MÉDIO

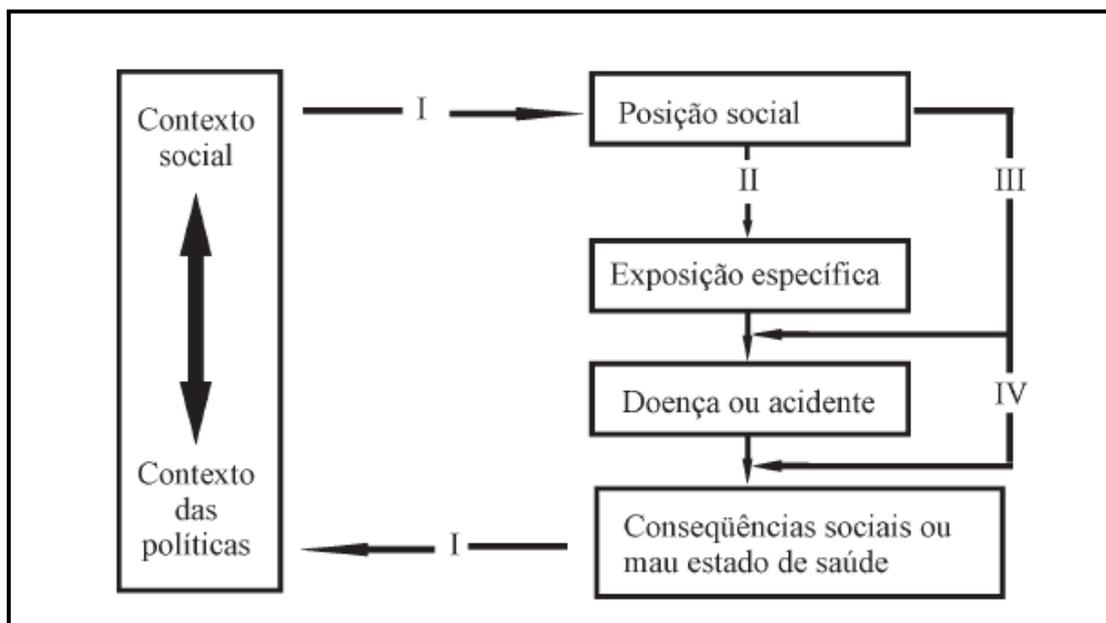


Determinantes Sociais: modelo de Dahlgren e Whitehead

Disponível em:

https://unasus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/6116/mod_resource/content/1/Conteudo_on-line_2403/un02/obj4.html.

Acesso em 13/06/2022.



Determinantes Sociais: modelo de Diderichsen e Hallqvist

Disponível em:

https://www.researchgate.net/figure/Figura-2-Determinantes-sociais-modelo-de-Diderichsen-e-Hallqvist_fig1_33024294.

Acesso em 13/06/2022.

Para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), estabelecida em 2006, os DSS são: “os fatores sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população” (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Dentre os estudos relacionados com os determinantes sociais da saúde, o de Viana (2017) explica que as condições de saúde da população são resultado da relação entre economia, Estado e sociedade e não se reduz à mera compreensão biomédica do processo saúde/doença, ou seja, a medicina preventiva, comunitária e da saúde pública.

Para Buss e Pellegrini Filho (2007), as condições de vida e trabalho dos indivíduos e grupos da população são determinantes sociais e estão relacionados com sua situação de saúde.

Por outro lado, Souza (2014) descreve a medicina Social como movimento inspirado no socialismo utópico de Saint-Simon, no qual afirma o caráter social das doenças e da prática



médica, destacando que a promoção da saúde e o enfrentamento das doenças exigem medidas de caráter médico e social, o que faz lembrar os determinantes sociais de saúde.

Saúde Coletiva e Pública

Outro aspecto a ser refletido aqui, neste documento, refere-se aos conceitos e concepções de saúde coletiva e pública, descritas por estudiosos de diferentes áreas do conhecimento, considerando as ideologias e práticas de saúde do SUS.

A Saúde Pública Tradicional, para Luiz Eugênio de Souza, ex-presidente da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), tem como objeto de trabalho os problemas de saúde, definidos em termos de mortes, doenças, agravos e riscos em suas ocorrências no nível da coletividade. Para isso, mobiliza a epidemiologia tradicional, o planejamento normativo e a administração de inspiração taylorista/fordista, em abordagens caudatárias da clínica e, portanto, foca-se em determinantes biológicos. Por sua vez, a Saúde Coletiva, deve ser responsável pelo conjunto de ações sobre todo o processo saúde-doença, envolvendo desde os determinantes sociais, com ações de promoção de saúde, até a reabilitação, passando pelo diagnóstico precoce, prevenção de doenças e tratamento de doenças. Ela se propõe a utilizar como instrumentos de trabalho a epidemiologia social ou crítica que, aliada às ciências sociais, prioriza o estudo da determinação social e das desigualdades em saúde, o planejamento estratégico e comunicativo e a gestão democrática. Contribuições de todos os saberes - científicos e populares - podem orientar a elevação da consciência sanitária e a realização de intervenções intersetoriais sobre os determinantes estruturais da saúde.

Acesso em:

<https://www.abrasco.org.br/site/eventos/congresso-brasileiro-de-ciencias-sociais-e-humanas-em-saude/reporter-sus-40-anos-de-construcao-da-saude-coletiva-no-brasil/43030/>

Saúde Pública é a ciência e a arte de prevenir a doença, prolongar a vida, promover a saúde física e a eficiência, através dos esforços da comunidade organizada para o saneamento do meio ambiente, o controle das infecções comunitárias, a educação dos indivíduos nos princípios de higiene pessoal, a organização dos serviços médicos e de enfermagem para o diagnóstico precoce. Além disso, o tratamento preventivo da doença e o desenvolvimento da máquina social assegurará a cada indivíduo na comunidade um padrão de vida adequado para a manutenção da saúde (WINSLOW, 1920).

Por sua vez, Terris (1992) atualiza a definição clássica de saúde pública elaborada por Winslow, por considerar a arte e a ciência de prevenir a doença e a incapacidade, bem como



prolongar a vida e promover a saúde física e mental mediante os esforços organizados da comunidade.

Para Pain e Almeida Filho (1998), a saúde coletiva, enquanto movimento ideológico, encontra-se comprometida com a transformação social e apresenta possibilidades de articulação com novos paradigmas científicos capazes de abordar o objeto saúde-doença-cuidado, respeitando sua historicidade e integralidade.

A saúde pública, para a OPAS (2000), não é sinônimo de atuação estatal na área da saúde, pois engloba ações não estatais e não abarca tudo o que o Estado pode fazer em matéria de saúde.

No trabalho de Lenharo (2005), a Saúde pública está relatada como respeito ao diagnóstico e tratamento de doenças, e a tentativa de assegurar que o indivíduo tenha, dentro da comunidade, um padrão de vida que lhe assegure a manutenção da saúde, enquanto na saúde coletiva, as mudanças devem ser radicais, de acordo com a necessidade da comunidade, e resultantes de um embate entre Estado e sociedade.

Saúde Coletiva corresponde a uma área do saber que toma como objeto as necessidades sociais de saúde (e não apenas as doenças, os agravos ou os riscos), entendendo a situação de saúde como um processo social (o processo saúde-doença) relacionado à estrutura da sociedade e concebendo as ações de atenção à saúde como práticas simultaneamente técnicas e sociais. Propõe a superação das intervenções sanitárias sob a forma de programas temáticos, voltados a problemas ou grupos populacionais específicos e baseados em uma epidemiologia meramente descritiva e em uma abordagem normativa de planejamento e administração, por intervenções articuladas de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, baseadas em uma abordagem multidisciplinar, com a contribuição das ciências sociais, da epidemiologia crítica e do planejamento e da gestão estratégicas e comunicativas. O conceito de saúde pública em que se baseia a definição das funções essenciais é o da ação coletiva, tanto do Estado quanto da sociedade civil, destinada a proteger e melhorar a saúde das pessoas. Não se refere a uma disciplina acadêmica, mas a uma prática social interdisciplinar. Tem como objeto de trabalho os problemas de saúde, definidos em termos de mortes, doenças, agravos e riscos em suas ocorrências no nível da coletividade. Nesse sentido, o conceito de saúde que lhe é próprio é o da ausência de doenças, pois trabalha a saúde através de indicadores. Tem como base a epidemiologia tradicional (SOUZA, 2014).



Ações coletivas que podem prevenir problemas de saúde

Promover a saúde significa a transformação das ações coletivas que podem prevenir problemas de saúde. Isso envolve como atividades fundamentais, a educação em saúde e ações articuladas do governo visando melhorar as condições de vida das populações. E isso inclui também ações sobre o meio ambiente, estilos de vida, além de ações assistenciais, trazendo um reforço à importância da ação ambiental e enfatizando a mudança do estilo de vida (WESTPHAL, 2006).

Tudo isso tem como objetivo oferecer de forma individual e coletiva, as ferramentas e os meios necessários para serem eles mesmos protagonistas na melhoria de sua qualidade de vida, e exercer um melhor controle sobre esta, sendo responsáveis principais pela sua saúde (DEMARZO, 2012).

Desse modo, compreende-se que a promoção de ações coletivas que podem prevenir problemas de saúde, perpassa toda a estrutura do SUS, além de um trabalho aliado à educação para o despertar da consciência com o cuidado consigo, com o outro e com o meio no qual o sujeito está inserido.

Orientações para a realização de atividades

Como proposta, as atividades devem objetivar traçar um diagnóstico da situação da saúde da comunidade local considerando a saúde individual e coletiva, a qualidade de serviços em saúde e os diferentes estilos de vida contemporâneos. Os estudantes podem ainda ser incentivados a estudar os indicadores de saúde, avaliar e sugerir propostas para minimizar os impactos das doenças e agravos em sua comunidade, bem como compreender melhor o papel do planejamento e implementação de políticas públicas relacionadas à melhoria nas condições de saúde de populações.

Na sequência, como forma de subsidiar pesquisas posteriores, pode ser trabalhado os indicadores relacionados à saúde, cabendo ao professor adotar a melhor estratégia, porém,



como estímulo ao trabalho coletivo, poderia ser pensado um momento de trabalho em grupo, no qual os estudantes poderiam investigar quais os indicadores ajudam a analisar a saúde coletiva e quais desses eles identificam como utilizados na comunidade que estão inseridos.

Ainda pode ser discutido que indicadores são usados para comparar regiões ou países e para planejar políticas públicas que visam melhorar a saúde em determinado local. Em seguida, podem ser feitas perguntas norteadoras com o intuito de descobrir se os alunos conhecem outros indicadores, como são calculados e como ajudam a analisar a saúde da população. Caso não sejam mencionados, citar e esclarecer o significado de alguns, como, por exemplo: taxa de mortalidade infantil, expectativa de vida ao nascer, cobertura de sistemas de água e de esgotos tratados, entre outros que julgar relevantes.



Os métodos de cálculos diretos e indiretos para todos esses índices podem ser consultados em: REDE Interagencial de Informação para a Saúde. 2008. **Indicadores Básicos para a Saúde no Brasil: Conceitos e Aplicações.**

Disponível em:

http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=informacao-e-analise-saude-096&alias=89-indicadores-basicos-para-a-saude-no-brasil-conceitos-e-aplicacoes-livro-2a-edicao-2008-9&Itemid=965

(Acesso em: 4 out. 2018).

Ainda levando em consideração os eixos, a mediação sociocultural pode ser vivenciada na implementação de ações que possibilitem ao estudante a compreensão de que os indicadores possibilitam a análise da saúde da população e, a partir disso, a elaboração de políticas públicas direcionadas à melhoria do estado de saúde coletiva. Essa ação pode ser implementada por uma coleta de dados populacionais, na qual, por meio de uma ficha censitária individual, questões como quantidade de moradores na residência, idade dos moradores, sistema de água encanada, coleta seletiva e saneamento básico, entre outros itens, podem subsidiar a pesquisa em saúde.



Uma forma de estimular a participação de todos é solicitar que os dados coletados, sejam compilados e na sequência pedir que os estudantes façam o cálculo de alguns indicadores com, por exemplo: a expectativa de vida ao nascer, a taxa de mortalidade infantil, o índice de cobertura das redes de abastecimento de água e o índice de cobertura da rede de esgotamento sanitário.

Ao final, os estudantes podem fazer uma lista sobre as ações coletivas que possam prevenir problemas de saúde visando ao bem-estar social. Este material pode ser exposto por meio de gráficos e tabelas, banners ou um outro produto final coletivo que será apresentado para a comunidade escolar.

Orientações para a Avaliação

Levando em consideração os eixos Investigação Científica e Mediação Sociocultural, a verificação de aprendizagem pode ser feita de modo processual ao longo da sequência didática e deve considerar tanto a aprendizagem de conteúdos quanto às competências atitudinais.

Com as atividades, é esperado que os estudantes compreendam o conceito de saúde, entendam o que é um indicador e, assim, sejam capazes de identificar os problemas de saúde mais comuns na comunidade. Em um segundo momento, espera-se que os estudantes, entendendo o que é um censo populacional e como os dados coletados são utilizados para o cálculo de indicadores de saúde, sejam capazes de levantar hipóteses para justificar a recorrência de doenças e/ou agravos na comunidade, como também sejam capazes de levantar dados, selecionar fontes de informações confiáveis ou propor testes para comprovar ou descartar as hipóteses apresentadas. E, por fim, é esperado que os estudantes, após trilhar todo o caminho da investigação, formulem instrumentos que possam servir de base para a sensibilização da comunidade sobre a necessidade de se adotar hábitos mais saudáveis, ou ainda propor formulação de políticas públicas que visam à melhoria da saúde da população.

Com relação às competências atitudinais, é recomendável avaliar se o estudante expôs interesse ou participou ativamente das atividades propostas, expressou suas opiniões, ouviu



**SECRETARIA DE
EDUCAÇÃO E ESPORTES**

**SECRETARIA EXECUTIVA DE DESENVOLVIMENTO DA EDUCAÇÃO
GERÊNCIA GERAL DE ENSINO MÉDIO E ANOS FINAIS DO ENSINO FUNDAMENTAL
GERÊNCIA DE POLÍTICAS EDUCACIONAIS DO ENSINO MÉDIO**

diferentes colocações dos colegas de modo respeitoso, mostrou-se envolvimento e com empatia na resolução de conflitos e problemas.



5. Referencial Bibliográfico

Almeida-Filho, N. (2004). Modelos de determinação social das doenças crônicas não transmissíveis. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(4), 865–884. doi:10.1590/s1413-81232004000400009.

ANVISA. 2002. Cartilha de Vigilância Sanitária. *Cidadania e Controle Social*. Brasília, 2ª Edição, 58p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_vigilancia.pdf (Acessado em 03.06.2022).

Barros, J. A. (2002). Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? *Mesa Redonda Saúde e Sociedade*, 11 (1): 67-84.
<https://doi.org/10.1590/S0104-12902002000100008>.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Cartilha de vigilância sanitária: cidadania e controle social*. 2. ed. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2002. 55 p., il. color.
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_vigilancia.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes Nacionais da Vigilância em Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 108 p.: – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 13). ISBN 978-85-334-1706-9. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_vigilancia_saude.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. SUS: a saúde do Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Assuntos Administrativos. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011. 36 p.: il. color. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). 3ª edição. ISBN 978-85-334-1595-9 (Portuguese version - SUS: A Saúde do Brasil), ISBN 978-85-334-1709-0 (English Version - SUS: the Health of Brazil)

Buss, P. M.; Pellegrini Filho, A. (2007). A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 17(1), 77–93. doi:10.1590/s0103-73312007000100006



**SECRETARIA DE
EDUCAÇÃO E ESPORTES**

**SECRETARIA EXECUTIVA DE DESENVOLVIMENTO DA EDUCAÇÃO
GERÊNCIA GERAL DE ENSINO MÉDIO E ANOS FINAIS DO ENSINO FUNDAMENTAL
GERÊNCIA DE POLÍTICAS EDUCACIONAIS DO ENSINO MÉDIO**

Canguilhem, Georges 1990 *La santé: concept vulgaire et question philosophique* Toulouse, Sables. Editorial. Am J Health Promotion 1989; 3:3-5.

Carlos neto, D.; Dendasck, C.; Oliveira, E. de. (2016). A evolução histórica da Saúde Pública – Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. Vol. 01, Ano 01, Ed. 01, p. 52-67. ISSN: 2448-0959. Link de

Acesso: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/a-evolucao-historica-da-saude-publica>, doi: 10.32749/nucleodoconhecimento.com.br/saude/a-evolucao-historica-da-saude-publica.

Coelho, M. T. A. D. ; Almeida Filho, N. de. Conceitos de saúde em discursos contemporâneos de referência científica. História, Ciências, Saúde Manguinhos, Rio de Janeiro, vol. 9(2) :315-33, maio-ago. 2002.

Costa, E. A.; Rozenfeld, S. (2000). Constituição da vigilância sanitária no Brasil. In: ROZENFELD, S., org. Fundamentos da Vigilância Sanitária [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000, pp. 15-40. ISBN 978-85-7541-325-8.

<https://books.scielo.org/id/d63fk/pdf/rozenfeld-9788575413258-04.pdf>

Costa, E. A. (2009). Vigilância Sanitária: temas para debate. Salvador: EDUFBA; Fundamentos da vigilância sanitária; p. 11-36.

Cunha, V. F.; Rossato, L.; Scorsolini-Comin, F.(2021). Religião, religiosidade, espiritualidade, ancestralidade: tensões e potencialidades no campo da saúde. (10): 1, 143 a 170.

DEMARZO, M.M.P. Reorganização dos sistemas de saúde: Promoção da saúde e atenção primária à saúde. Curso de Especialização em Saúde da Família - UNA - SUS/UNIFESP, 2012 (Material Didático).

Illich, I. Medical nemesis: the expropriation of health. 1975, Londres, Calder & Boyars.

Lenharo, M. P. (2005). *Saúde pública e saúde coletiva: diferenças e semelhanças*. - Ano: 38 - Edição Nº: 17 - Saúde - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP. ISSN 2359-5191.

Lopes, R. G. A.; De Seta, M. H. Integração laboratórios-vigilância sanitária: uma revisão. Vigilância Sanitária em Debate, 2017;5(2):97-105, INCQS-FIOCRUZ; ISSN: 2317-269X. <https://doi.org/10.22239/2317-269X.00908>.



SECRETARIA DE EDUCAÇÃO E ESPORTES

SECRETARIA EXECUTIVA DE DESENVOLVIMENTO DA EDUCAÇÃO
GERÊNCIA GERAL DE ENSINO MÉDIO E ANOS FINAIS DO ENSINO FUNDAMENTAL
GERÊNCIA DE POLÍTICAS EDUCACIONAIS DO ENSINO MÉDIO

Matta, G. C. Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. In: MATTA, Gustavo Corrêa; PONTES, Ana Lucia de Moura (Org.). Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. p. 61-80. (Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde, 3). ISBN: 978-85-98768-23-6. <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/39223>

Mendonça E.F.; Cosenza, G.W.; Carvalho, D.M, Gutierrez, E.B.; Sevalho, G.; Ribeiro, J.G.L.; Toledo, L.; Alfradique, M.E.M.; Teixeira, M.G.; Carvalho, M.S.; Liebel, M.; Oliveira, O. L.; Ladeira, R.M. (1994). Repensando a vigilância epidemiológica. Relatório de Oficina de Trabalho. II Congresso Brasileiro de Epidemiologia. In: Costa, M.F.; Souza, R.P. (orgs.) *Qualidade de Vida: compromisso histórico da Epidemiologia*, COOPMEED/ABRASCO, Belo Horizonte, p.277-280.

Mishra, S. K.; Togneri, E.; Tripathi, B.; Trikamji, B. (2015). Spirituality and Religiosity and Its Role in Health and Diseases. *Journal of Religion and Health*, 56(4), 1282–1301. doi: [10.1007/s10943-015-0100-z](https://doi.org/10.1007/s10943-015-0100-z).

Nunes, E. D. (1978). Análise de alguns modelos utilizados no ensino das ciências sociais nas escolas médicas. Bases teóricas. *Revista de Saúde pública*, S. Paulo, 12: 506-15.

OMS, 1946. **ONU** - Organização das Nações Unidas. Declaração Universal dos Direitos Humanos da **ONU**.

Pain, J. S.; Almeida Filho, N. (1998). Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? *Revista em Saúde Pública*, 32 (4): 299-316.

Pereira, Isabel Brasil. Dicionário da educação profissional em saúde / Isabel Brasil Pereira e Júlio César França Lima. 2.ed. rev. ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.478 p. ISBN: 978-85-987-36-6.

Pinto, A. N.; Falcao, E. B. M. (2014). Religiosidade no contexto médico: entre a receptividade e o silêncio. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 38, n. 1,38-46.

Santos, F. L. J.; Westphal, F. M. Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da universidade. *Estudos Avançados* 13 (35), Abr 1999, pág. 71 a 88. <https://doi.org/10.1590/S0103-40141999000100007>.



**SECRETARIA DE
EDUCAÇÃO E ESPORTES**

**SECRETARIA EXECUTIVA DE DESENVOLVIMENTO DA EDUCAÇÃO
GERÊNCIA GERAL DE ENSINO MÉDIO E ANOS FINAIS DO ENSINO FUNDAMENTAL
GERÊNCIA DE POLÍTICAS EDUCACIONAIS DO ENSINO MÉDIO**

- Scliar, M. História do Conceito de Saúde .PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17(1):29-41, 2007.
- Seta, M.H.D; Reis, L.G.C.; Pepe, V.L.E. (2011). Vigilâncias do campo da saúde: conceitos fundamentais e processos de trabalho. In: Gondim R, Grabois V, Mendes Junior WV, organizadores. *Qualificação dos Gestores do SUS* 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; p. 199-237.
- Seta, M. H. D.; Oliveira, C. V. dos S.; Pepe, V. L. E. (2017). Proteção à saúde no Brasil: o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(10), 3225–3234. doi:10.1590/1413-812320172210.16672017.
- Sícoli, J. L.; Nascimento, P. R. Health promotion: concepts, principles and practice, Interface - Comunic, Saúde, Educ, v.7, n.12, p.91-112, 2003.
- Teixeira, C.F; Paim, J.S.; Vilasbôas, A.L. (2000). SUS, modelos assistenciais e Vigilância da Saúde. In: ROZENFELD, S., org. Fundamentos da Vigilância Sanitária [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ. pp. 49-60. ISBN 978-85-7541-325-8.
<https://static.scielo.org/scielobooks/d63fk/pdf/rozenfeld-9788575413258.pdf>
- Terris, M. (1992). Tendencias actuales en la salud publica de las Americas. In: Organización Panamericana de la Salud. *La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate*. Washington, D.C., p. 185-204. (OPS - Publicación Científica, 540).
- WESTPHAL, M.F. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In CAMPOS, G.W.S et al. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.
- Winslow, C.E.A. (1920). The Untilled Fields of Public Health. *Science*, Vol. 5, n. 1306, pp.23-33. doi: 10.1126/science.51.1306.23.