

Secretaria  
de Educação e  
Esportes



GOVERNO DE  
**PER  
NAM  
BU**CO  
ESTADO DE MUDANÇA

## Saúde Coletiva

Orientações para Novas Oportunidades da  
Aprendizagem

**Secretária de Educação e Esportes**  
Ivaneide Dantas

**Secretária Executiva Planejamento e Coordenação**  
Mônica Maria Andrade

**Secretária Executiva de Desenvolvimento da Educação**  
Tárcia Regina da Silva

**Secretário Executivo de Educação do Ensino Médio e  
Profissional**  
Gilson Alves do Nascimento Filho

**Secretário Executivo de Administração e Finanças**  
Gilson Monteiro Filho

**Secretário Executivo de Gestão da Rede**  
Igor Fontes Cadena

**Secretário Executivo de Esportes**  
Luciano Leonídio

## Elaboração

*Clebson Firmino da Silva*

### Equipe de coordenação

*Janine Furtunato Queiroga Maciel*

**Gerente de Políticas Educacionais do Ensino Médio  
(GGPEM/SEMP)**

*Rômulo Guedes e Silva*

**Gestor de Formação e Currículo  
(GGPEM/SEMP)**

*Andreza Shirlene Figueiredo de Souza*

**Chefe da Unidade de Formação e Currículo do Ensino Médio  
(GGPEM/SEMP)**

### Revisão

*Ana Caroline Borba Filgueira Pacheco*

## Sumário

Introdução	3
Tecendo conhecimento	3
Roteiro de atividades	10
Referencial Bibliográfico	11

## Introdução

Olá **estudante**

Este caderno foi escrito especialmente para você, estudante do ensino médio. Aqui você encontrará uma abordagem sobre a Unidade Curricular **Saúde Coletiva**, com atividades e formas de discussão das temáticas de maneira mais próxima, mediada por este caderno. Dúvidas podem ser tiradas com seus professores na escola.

A Unidade Curricular **Saúde Coletiva** - presente na **Trilha Saúde Coletiva e Qualidade de Vida** no Novo Ensino Médio da Rede Pública Estadual de Pernambuco - tem o objetivo de aprofundar conhecimentos que você já estudou na Formação Geral Básica (FGB), do nosso currículo.

Vamos iniciar nossos estudos para trilhar os caminhos do conhecimento, aumentando nossa bagagem intelectual!

## Tecendo conhecimento

### 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 (SCLAR, 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 *salude*, 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

Este material foi produzido a partir do Material de Apoio a Ação Docente, disponível em: [Saúde coletiva 260722](#).

**Autoras:** Sueli Tavares de Souza Silva e Rayane Lima Gomes. 3

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.

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
Provisoriade- 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

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://unasus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/33307/mod\\_resource/content/1/Unidade%201/top3\\_1.html](https://unasus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/33307/mod_resource/content/1/Unidade%201/top3_1.html). Acesso em 04 jun. 2022.

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,

Este material foi produzido a partir do Material de Apoio a Ação Docente, disponível em: [Saúde coletiva 260722](#).

**Autoras:** Sueli Tavares de Souza Silva e Rayane Lima Gomes. 4

sacerdotes ou xamãs. As relações com o mundo natural se baseavam em uma cosmologia que incluíam 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 aplacar 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 Higéia, deusa da Saúde, e Panacéia, 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 dinâmica e multidisciplinar, complexa 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 196 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.”*

### 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 provenientes 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).

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.

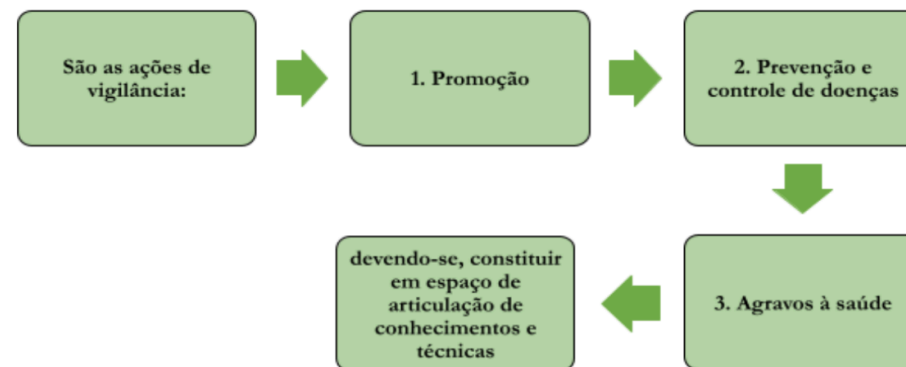
**Riscos sociais:** são decorrentes de transporte, alimentos, substâncias psicoativas, violências, grupos vulneráveis e necessidades básicas insatisfeitas.

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).

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)

Fonte: (BRASIL, 2010)

Este material foi produzido a partir do Material de Apoio a Ação Docente, disponível em: [Saúde coletiva 260722](http://Saúde.coletiva.260722).

**Autoras:** Sueli Tavares de Souza Silva e Rayane Lima Gomes. 7

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

## 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).

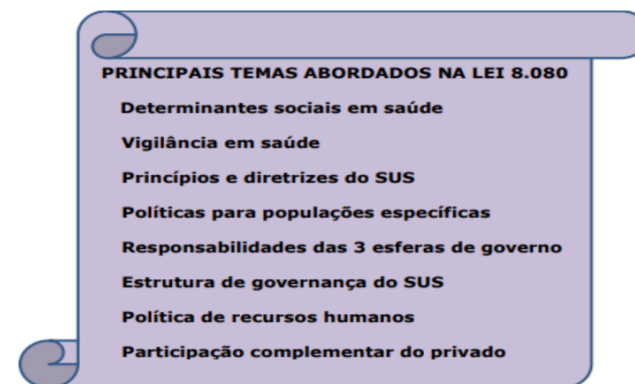
O Sistema Único de Saúde(SUS), atualmente, é o sistema de assistência à saúde proposto pela Reforma Sanitária e criado pela Constituição de 1988 que garante a saúde como um direito de todo sujeito e dever do Estado. O SUS tem seus níveis federal, estadual e municipal, cada qual com suas atribuições específicas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

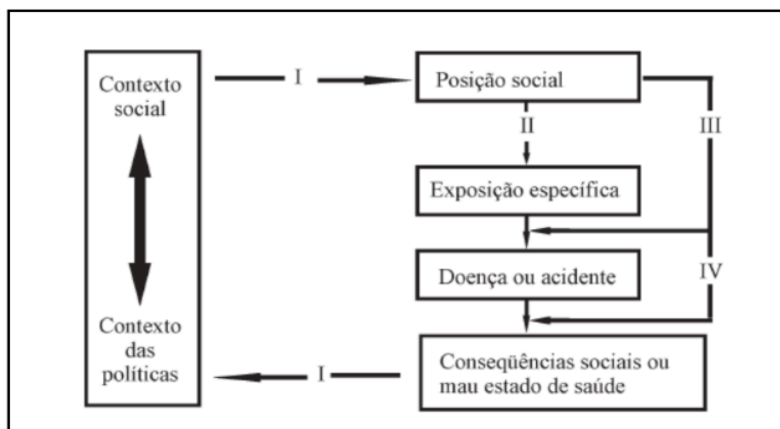
Este material foi produzido a partir do Material de Apoio a Ação Docente, disponível em: [Saúde coletiva 260722](#).

**Autoras:** Sueli Tavares de Souza Silva e Rayane Lima Gomes. 8





Disponível em: <https://idosorj.icict.fiocruz.br/?q=node/13>. Acesso em abril 2024.



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](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.

### 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

Este material foi produzido a partir do Material de Apoio a Ação Docente, disponível em: [Saúde coletiva 260722](#).

**Autoras:** Sueli Tavares de Souza Silva e Rayane Lima Gomes. 9

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).

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.

## Roteiro de atividades

1- Quais os **dois** modelos sociais de doença observados?

---

---

---

---

Este material foi produzido a partir do Material de Apoio a Ação Docente, disponível em: [Saúde coletiva 260722](#).

**Autoras:** Sueli Tavares de Souza Silva e Rayane Lima Gomes. 10

2- Qual o conceito de saúde de acordo com a Constituição Federal Brasileira de 1988?

---

---

---

---

---

---

3- Cite os **cinco** riscos à saúde que devem ser controlados de acordo com a **ANVISA** (Agência Nacional de Vigilância Sanitária).

---

---

4- Qual o conceito de Saúde Pública?

---

---

---

---

---

---

5- A lei 8.080/1990 apresenta fundamentos, princípios e diretrizes do SUS (Sistema Único de Saúde). Cite **três** temas relevantes abordados nesta lei.?

---

---

---

---

 **gestão de vídeo para trabalhar o tema:**

SUS - Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde | Resumão

<https://www.youtube.com/watch?v=YJaEz2qBveY>.

## 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](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_vigilancia.pdf) Acesso em 03 jun. 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](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](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)

Este material foi produzido a partir do Material de Apoio a Ação Docente, disponível em: [Saúde coletiva 260722](https://www.saudecoletiva.org.br/260722).

**Autoras:** Sueli Tavares de Souza Silva e Rayane Lima Gomes. 11

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

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](https://www.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.

LEAVELL, H.; CLARK, E.G. *Medicina Preventiva*. São Paulo: McGraw-Hill, 1976.

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>.

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.

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>.

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 PublicHealth. *Science*, Vol. 5, n. 1306, pp.23-33. doi: 10.1126/science.51.1306.23.

