



**UNIDADE DE APRENDIZAGEM II**

# **APROFUNDANDO AS REFLEXÕES SOBRE SAÚDE**

# APROFUNDANDO AS REFLEXÕES SOBRE SAÚDE

Você e seu grupo ficaram responsáveis pela produção da apresentação de seminário sobre o tema saúde no contexto escolar.

A ideia é desenvolver reflexões e sistematizações que aproximem o universo da prática docente daquele proposto pelo campo da saúde coletiva para o Sistema Único de Saúde (SUS), como política setorial pública, democrática e universal.

Assim como a educação pública, o SUS também está sujeito a contradições e dificuldades desde sua implantação, há três décadas.

Como já apontado na Unidade de Aprendizagem I, a forma como propomos tratar o tema saúde ultrapassa uma visão apenas biológica ou tecnicista, aprofundando questões em torno da realidade da nossa população.

Isso implica, além de leitura, um movimento de idas e vindas, em sucessivas aproximações, e muito debate!



Fique atento aos conceitos-chave em cada material teórico, e procure refletir como os problemas das temáticas estão relacionados a eles.

Clique e veja algumas perguntas que você e seu grupo podem fazer para ajudar:

Vamos ao mergulho teórico?

Clique nos textos de aprofundamento para fazer a leitura.

## TEXTO DE APROFUNDAMENTO I – A SAÚDE E A COMPLEXIDADE DA VIDA

Neste curso, como indicamos na Unidade de Aprendizagem I, fizemos a opção de situar o tema saúde dentro da perspectiva que considera a *complexidade da vida*, expressa em seus níveis de determinação sobre as questões de saúde, que denominamos processo saúde-doença.

Trata-se de uma área de estudos dentro da saúde pública/saúde coletiva que se desenvolve, sobretudo no Brasil e em outros países latino-americanos, e vem colaborando para construir propostas críticas para conhecer, analisar e tentar resolver os problemas de saúde.

Considere o trecho a seguir:



*Serpentine*, de Beatriz Milhazes (2003).

Fonte: Flickr.com

Nos últimos anos temos observado o ressurgimento do interesse pela discussão do conceito de saúde, tanto no meio acadêmico como na sociedade. Esse fenômeno pode ser explicado por diferentes fatores: o desenvolvimento de novas tecnologias diagnósticas e terapêuticas, e sua divulgação quase simultânea pelos meios de comunicação vêm ampliando o conhecimento da população sobre as doenças, seus sinais e sintomas.

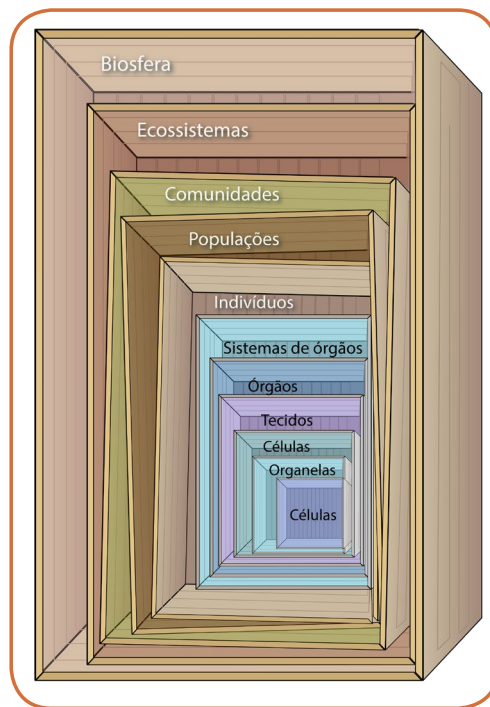
O monitoramento celular dos mecanismos bioquímicos, fisiológicos e patológicos tem induzido o surgimento de “novas” doenças; o mapeamento do genoma humano e a abertura de novos horizontes terapêuticos com base na utilização de células-tronco têm recolocado em pauta a discussão sobre saúde pré-natal, “cirurgias genéticas” e questões éticas decorrentes. A transformação da saúde em valor individual na sociedade de consumo é atestada pela crescente preocupação com a adoção de comportamentos saudáveis, pela propagação de modelos de beleza ideal e sua busca por meio de dietas, cirurgias e indústria cosmética, bem como pela procura dos seguros privados de saúde (BATISTELLA, 2017).

Podemos identificar, no texto, que o conhecimento sobre os processos saúde-doença vai além da identificação de sintomas de doenças.

Há problemas que são identificados no nível celular, e, ao mesmo tempo, problemas que dizem respeito às relações sociais, aos interesses econômicos, às noções de beleza e cultura, dentre outros.

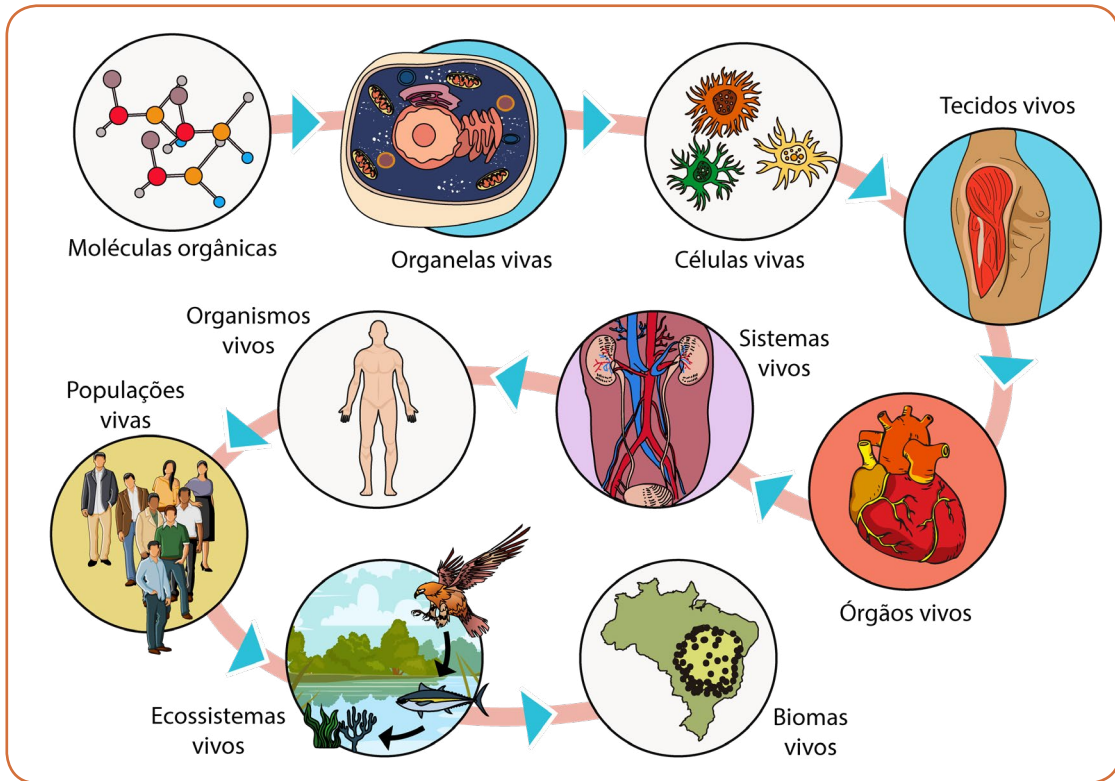
A seguir, vamos apresentar dois esquemas de utilização corrente da maioria dos professores de biologia. Eles trazem representações que permitem imaginar diversos níveis de organização da vida biológica.

Veja ao lado o primeiro!



Fonte: Adaptado de Cultura Mix (2013).

Agora, observe o segundo esquema.



Fonte: Elaboração dos autores.

Observe que o primeiro esquema vai do menor nível (molecular) até o mais complexo (a biosfera). Já o segundo, muito utilizado no ensino da ecologia, apresenta uma representação que vai das moléculas vivas até os biomas vivos.

Se a vida se organiza nesses diferentes níveis de complexidade, a saúde e a doença também podem se expressar e ser observadas em qualquer um deles e na relação entre eles. Ou seja, o olhar para a saúde e a doença pode se dar em diferentes níveis. Porém não se pode desconsiderar que cada um deles tem uma relação direta ou indireta entre os níveis mais complexos e os menos complexos.

Não se pode desconsiderar que a vida também é um processo emergente decorrente do aumento da complexidade da matéria nas condições muito singulares presentes na Terra há quatro bilhões de anos. E que, desde então, numa visão instigante que integra ciência e poesia,

como Deus, como música, carbono e energia, é um eixo rodopiante de seres que crescem, fundem-se e morrem. [...] É a matéria desenfreada, capaz de escolher sua própria direção para prevenir indefinidamente o momento inevitável do equilíbrio termodinâmico – a morte. A vida é também uma pergunta que o universo faz a si mesmo sob a forma do ser humano (MARGULIS; SAGAN, 2002, p. 66).

Essa passagem poética de Margulis e Sagan, no livro **O que é a vida?**, apresentada numa brilhante aula do Professor Paulo Sabroza na ENSP, nos permite pensar a vida não apenas como um retrato estático onde tudo está determinado. Permite pensarmos a vida como um filme onde os roteiros estão sempre em construção.

Em analogia com níveis de organização da vida no ensino das ciências biológicas, alguns cientistas do campo da saúde pública, preocupados com a complexidade do processo saúde-doença e com a incorporação da dimensão social nas análises epidemiológicas, têm proposto diferentes modelos explicativos.

Mervyn Susser (apud BARATA, 2005), natural da África do Sul, e que foi Professor Emérito da Escola de Saúde Pública da Universidade de Columbia, propôs a ideia de uma **ecoepidemiologia**. Para tanto, o autor utiliza a metáfora das “caixas chinesas” (ou das bonecas russas) onde um conjunto de caixas encaixam-se umas nas outras, permitindo imaginar as relações entre o todo e as partes que o compõem.



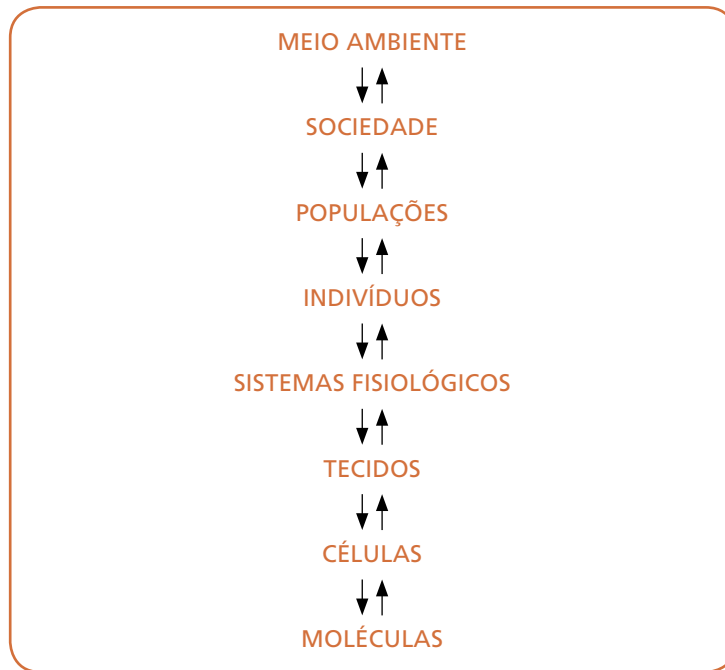
Fonte: Pixabay.com

De acordo com Rita Barata (2005, p. 11):

Neste modelo, cada sistema pode ser descrito em seus próprios termos e define os limites de um nível específico de organização. O enfoque epidemiológico adequado é aquele que analisa os determinantes e desfechos em diferentes níveis de organização, levando em conta a hierarquia de complexidade e as múltiplas interações entre e através dos diferentes níveis. O nível mais externo deve ser o meio ambiente físico que contém sociedades e populações (o terreno da epidemiologia), indivíduos isolados, sistemas fisiológicos, tecidos, células e moléculas.

Assim, no modelo proposto por Mervyn Susser (apud BARATA, 2005), poderíamos construir, de forma simplificada, o esquema a seguir.





Esse modelo, bastante utilizado no campo da epidemiologia, busca incorporar a ideia de níveis de organização da vida em sua complexidade, mas desconsidera os aspectos da produção da vida em sua dimensão sócio-histórica.

Ao tratar o meio ambiente como um atributo físico, desconsidera que o ambiente natural sofre modificações em virtude de intervenções humanas que estão condicionadas por uma gama de interesses sociais, econômicos e políticos que predominam em cada contexto sócio-histórico.

Preocupados com a incorporação da dimensão social da produção da saúde, e realizando uma crítica aos limites dos modelos produzidos no campo da saúde pública em países de economia central, que tem como matriz a epidemiologia tradicional, alguns autores latino-americanos (como a mexicana Asa Cristina Laurel, o equatoriano Jaime Breilh, o argentino Juan Samaja) têm proposto uma abordagem teórico-metodológica que denominam teoria da produção social da saúde.

○ **Modelo de Produção Social da Saúde ou de Determinação Social da Saúde** é uma vertente latino-americana que vem se desenvolvendo, e vem embasando as mudanças, no Brasil, que deram origem ao SUS e ao campo da saúde coletiva.

Autores que se afiliam a essa corrente apontam que, apesar das enormes contribuições trazidas para a vigilância de controle de doenças, esses modelos – que possuem como matriz a epidemiologia tradicional – tratam o social como uma soma de indivíduos. No texto destacado a seguir, você pode ver uma síntese, produzida pela epidemiologista Rita Barradas Barata (2005, p. 13), sobre o enfoque denominado produção social da saúde.

A teoria da produção social do processo saúde-doença filia-se ao materialismo histórico e dialético utilizando modelos de explicação que explicitam os determinantes políticos, econômicos e sociais da distribuição da saúde e da doença, no interior e entre as sociedades, identificando os aspectos protetores e os nocivos à saúde presentes na organização social (destaque nosso).

A determinação social é o processo pelo qual os determinantes (fatores essenciais) põem limites ou exercem pressão sobre outras dimensões da realidade, sem serem necessariamente determinísticos. O processo de produção se completa com a mediação que os componentes das dimensões subsumidas exercem sobre esses determinantes, daí resultando a conformação de distintos perfis epidemiológicos.

O conceito nuclear nessa abordagem é o conceito de reprodução social. Cada ciclo reprodutivo introduz necessariamente modificações em suas condições originais, colocando, lenta mas inexoravelmente, as condições para sua transformação em um movimento dialético e histórico. O processo de reprodução social, isto é, o movimento de conformação, consolidação e transformação das organizações sociais é composto por várias dimensões ou momentos que apenas para efeito didático podem ser separados.

Essas dimensões compreendem um conjunto de processos biocomunais, comunais-culturais, societais e políticos. A dimensão da reprodução biocomunal é aquela referida à reprodução cotidiana das condições necessárias para a sobrevivência e a reprodução dos organismos vivos sociais, isto é, a reprodução corporal e das inter-relações comunitárias que permitem a vida e a sobrevivência desses corpos.

A dimensão comunal-cultural compreende a reprodução da autoconsciência e da conduta humana, ou seja, a produção, manutenção e transformação das redes simbólicas de elaboração e transmissão de experiências e aprendizagem, conhecida como processo de socialização primária e secundária.

A reprodução societal refere-se à produção da vida material, da esfera econômica e das relações sociais entre as classes, que definem os processos de produção, distribuição e consumo da riqueza.

Finalmente, a reprodução ecológico-política inclui as condições ambientais e as relações de interdependência que se estabelecem entre as dimensões mencionadas anteriormente.

Nessa teoria também se podem identificar duas vertentes principais: o estudo dos processos de reprodução social através das estruturas de classe, que apresentam várias dificuldades de operacionalização, e o estudo da reprodução social a partir do conceito de espaço socialmente construído ou dos estudos de vizinhança, que vêm sendo cada vez mais utilizados nos estudos de desigualdade social em saúde (BARATA, 2005, p. 13).



*Caso você queira conhecer um pouco mais sobre a diversidade de correntes teóricas da epidemiologia social – assim como as suas limitações –, acesse o artigo “[Epidemiologia social](#)” da professora Rita Barradas Barata (2005).*



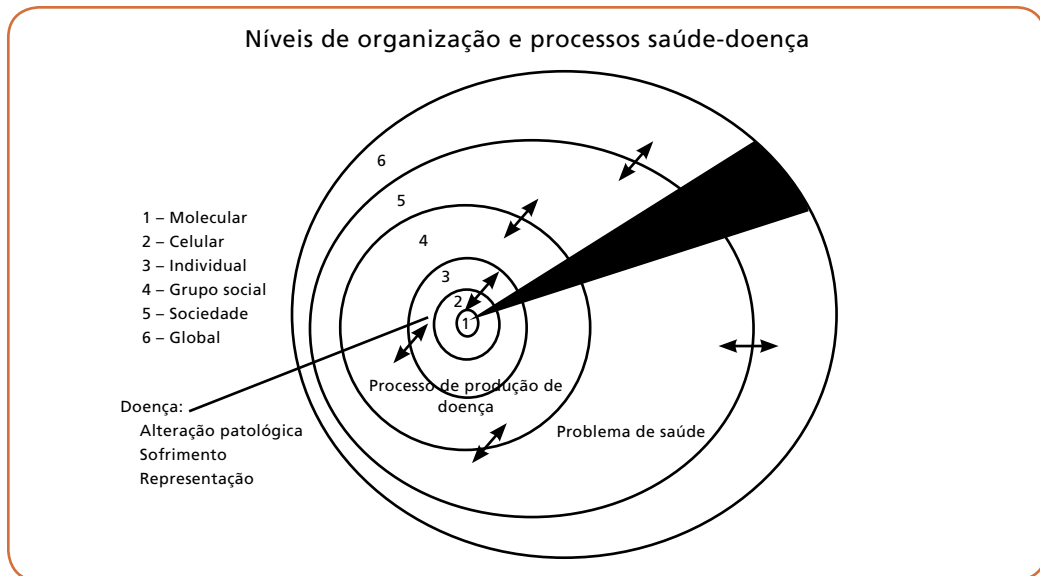
Ao considerar a historicidade do processo, um conceito fundamental é o de **produção e reprodução social**, que são dois conceitos centrais para compreender este enfoque, assim como o de organização da vida e de níveis de determinação.

Clique nos itens e leia o conceito de cada um.

Na figura proposta pelo epidemiologista brasileiro Paulo Chagas Telles Sabroza (2004), observa-se um esquema que busca representar a relação entre níveis de organização da vida e processos saúde-doença. Nela, o autor ressalta que no nível individual (3), a doença pode ser observada como uma alteração patológica, sofrimento e também como representação. É no nível individual que se toma consciência e se tece representações a respeito da saúde e da doença. Outras vezes, o problema já é identificado como questão coletiva, como no caso das epidemias, sendo que também se expressam em cada indivíduo, e nos níveis celulares e moleculares.

Para o autor o processo de produção de saúde e doença ocorre na inter-relação entre os níveis molecular, celular, individual e grupo social, e torna-se um problema de saúde na inter-relação entre o nível da sociedade e o nível global. A especificidade dos problemas expressos na sociedade está mediada pela relação dessa com os níveis mais inferiores e delimitados pelo que ocorre no nível global.

Observe o esquema abaixo.



Fonte: Sabroza (2004).

Assim, Sabroza (2004) reconhece:

[...] a questão dos processos saúde-doença como expressão de crises no movimento indissociável de reprodução e desgaste de organizações vivas, dinâmicas, de grande complexidade, semiabertas em relação ao seu entorno e autorreguladas por seu próprio sistema de informação. A partir desta compreensão, temos que explicitar o nível de organização da vida que estamos considerando, e analisar as diferentes dimensões dos processos, em cada nível.

Os níveis de organização se definem por sua autonomia, mas contêm e estão contidos em níveis de outra ordem, como caixas chinesas.

Relações de determinação e especificação mediam as categorias e variáveis dos diferentes níveis, de tal modo que é possível que processos percorram os vários níveis, se expressando de modo distinto em cada um deles.

Os processos saúde-doença podem ser reconhecidos, a partir da posição do observador e aparecem, segundo cada posição, como alteração celular, sofrimento ou problema de saúde pública.

A seleção de uma dessas perspectivas é definida tanto por questões metodológicas como pelas possibilidades de ação eficaz do observador e sua visão de mundo.

O quadro abaixo mostra [esquema anterior], de modo esquemático, os níveis de expressão dos processos saúde-doença e como, no nível individual, eles podem ser, simultaneamente, alterações fisiopatológicas para a dimensão orgânica; para o cidadão, uma representação e um papel mediado por valores culturais, e para o indivíduo singular, sofrimento.

No nível da sociedade, ou formações socioespaciais complexas, como a nossa, eles se expressam como problemas de saúde pública, na interface entre o Estado e a Sociedade, entre o particular e o público, entre o individual e o coletivo.

Nota-se, também, que Sabroza (2004) aponta para a necessidade de reconhecer que qualquer recorte para explicar um problema e/ou situação de saúde se dá a partir do ponto de vista do observador e de sua visão de mundo e, acrescentaríamos, de seus projetos de vida, individuais e coletivos.



Se fôssemos produzir uma imagem para representar a historicidade dos processos, certamente não seria um retrato. Seria um filme representando uma diversidade de imagens de acordo com a particularidade sócio-histórica de cada território e população que o habita. Ou seja,



Fonte: Pixabay.com

para cada contexto sócio-histórico teremos situações e concepções de saúde muito particulares. Isso permite explicar a existência de perfis de saúde tão diferenciados em diversos tempos e lugares (comunidade, bairro, município, estado, região, país, continentes...). Possibilita, ainda, refletir sobre a produção das desigualdades sociais e iniquidades em saúde.

---

### PARA REFLETIR

Lembra das diferenças regionais que vimos nos dados sobre escolares na Unidade de Aprendizagem I e do vídeo Herança Social, sobre a tuberculose?

O lugar onde acontecem os processos saúde-doença não é apenas um local geográfico – a noção de território, que veremos ainda nessa unidade, na saúde coletiva, pretende justamente trazer para a análise a ideia de que o território é onde estão presentes a complexidade da vida, as formas históricas de viver, de produção e reprodução social. Basta você pensar na sua cidade e município para identificar que os bairros e as localidades não são iguais, e nem as pessoas que neles estão vivem do mesmo modo.

Caso queira, reveja o [vídeo](#).

---





Fonte: Pixabay.com

A concepção ampliada de saúde, e a complexidade associada a ela, envolve também uma dimensão histórica. Como vimos na Unidade de Aprendizagem I, ainda que preliminarmente, os sentidos e os significados sobre o que se considera saúde e como “mantê-la” mudam com o tempo. Sem dúvida, as representações em torno da

saúde sofrem influências de descobertas científicas e tecnológicas, mas também de contextos culturais e políticos, bem como de aspectos econômicos – que (in)formaram eles próprios tais descobertas – e vão se desdobrando no decorrer da história.

Uma das maneiras de classificar e organizar fatos, memórias, experiências e elementos importantes de serem registrados sobre a vida humana é elaborar uma síntese histórica, com base numa cronologia de eventos, mas não restrita a uma mera sequência de datas.

A própria disciplina da história sofreu mudanças ao longo do tempo, induzidas por novas formas de pensar o homem no mundo e para o mundo. O modelo clássico de divisão da história da humanidade passou a ser muito questionado. A maneira como a história é tradicionalmente apresentada faz parecer que o mundo todo se alterou a partir de datas específicas, o que, obviamente, não corresponde à realidade e às experiências históricas vivenciadas por diversos grupos e sociedades.



Fonte: Pixabay.com

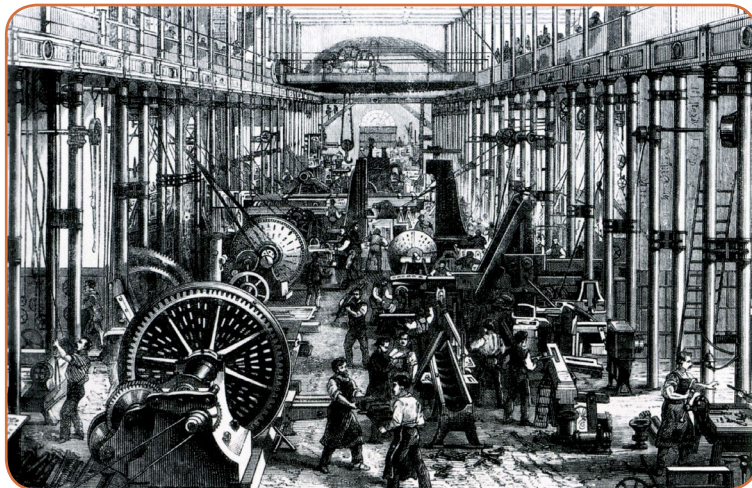
Exemplo disso é a forma como se trata, com frequência, a emergência do que chamamos Revolução Industrial.

Longe de se limitar a um evento singular e específico, com data ou período marcado, a Revolução Industrial começa lentamente a se produzir ainda na Idade Média, com as primeiras organizações de artesãos e trabalhadores em semi-indústrias, o aumento da circulação de mercadorias, o aumento e a popularização de conhecimentos científicos e técnicos que levaram à invenção de dispositivos de automatização crescente, mudanças culturais, políticas e econômicas e formação dos primeiros estados-nações, entre outros fatores.

Os desdobramentos e os impactos da Revolução Industrial foram distintos e desiguais, embora muitas vezes articulados.

Outro argumento que desqualifica o modo tradicional de como a história é representada tem por base o fato de que os períodos, em geral, são determinados em relação aos eventos oriundos das civilizações europeias.

Assim, os continentes americano, africano e a Oceania só aparecem na história a partir da Idade Moderna, como se não houvesse história e civilizações nesses ambientes antes da chegada dos europeus.



Fonte: Wikimedia Commons

Outro aspecto que devemos alertar é que a construção de **linhas do tempo** por etapas, comuns em livros didáticos, é normalmente apenas um exercício didático, e tem a função de facilitar a organização dos elementos que constituem as formas de pensar, de viver, de cuidar da saúde e de ensinar-aprender ao longo dos tempos.

**Vamos lembrar, novamente, que os períodos históricos não são estanques nem delimitados**, estão imbricados, e diferentes formas de pensar e agir transformam-se, mas dificilmente desaparecem por completo. Os períodos históricos são dinâmicos: características de cada fase aparecem, geralmente, em períodos anteriores ou posteriores, como fruto das variáveis relações humanas.

Exemplo disso são algumas concepções sobre saúde que permeiam as práticas familiares e grupais a respeito da gravidez e parto, e que são transmitidas de geração a geração, mas vão se modificando e ganhando sentidos diversos. Sempre antigas, mas sempre novas, ao mesmo tempo.

De todo modo, a construção de linha do tempo, ou melhor, de linhas do tempo é importante por representar alguns marcos considerados relevantes para indivíduos e grupos sociais que os vivenciaram ou que de alguma forma são ou foram influenciados por eles.

Essa perspectiva, mais multifacetada e plural da história, em que é possível entrever continuidades e descontinuidades, além de novos atores e protagonistas (e não apenas datas e personagens históricos tradicionais), pode justamente se articular com os modelos que possuem concepções mais amplas de saúde, indicados na linha do tempo acima.

Uma vez que o processo saúde-doença é interpretado a partir das relações entre aspectos mais amplos da vida, levando em consideração contextos sociais e econômicos de desenvolvimento – como a cultura, o ambiente, o acesso à educação e a bens e serviços, a vida associativa etc. –, tais modelos, como o de Produção Social da Saúde, possibilitam incorporar todos esses

aspectos a uma linha do tempo, mais qualificada e densa de significados para aqueles que a construíram; uma linha do tempo em que seja possível estabelecer relações entre história e biografia, subjetividades e objetividade, tradição e moderno, indivíduo e sociedade.

Apesar de já existirem teorias que podem ajudar a compreender a saúde em sua complexidade, ainda estamos acostumados a pensar ensino da saúde praticamente restrito a seus aspectos biológicos e individuais. Assim, é comum que, ao se convocar alguém para falar de saúde, se fale em doença. Trate-se, predominantemente, de agentes etiológicos, hospedeiros, meio ambiente físico, mecanismos de transmissão, estilos de vida, mudanças de comportamento, hábitos saudáveis e correlatos.

Na perspectiva da saúde coletiva, o foco principal de interesse é a saúde das populações. Sem deixar de se preocupar com os outros níveis de organização da vida, em especial o individual, a saúde coletiva tem seu foco voltado para as ações coletivas de proteção da vida e oportunidades de produção da saúde. Sendo assim, busca ancoragem para além do campo das ciências biológicas. Busca incorporar também disciplinas de outros campos do conhecimento, como as ciências ambientais, ciências sociais, ciências humanas e outras.

A perspectiva da complexidade, e também da produção social, aponta para a necessidade de que o ensino da saúde deixe de ser de responsabilidade apenas dos professores das ciências biológicas. Aponta para uma possibilidade de ensino da saúde que incorpore disciplinas como história, geografia, sociologia, matemática, e, ainda, a própria literatura. Porém não basta incorporar conteúdos de forma fragmentada em cada uma das disciplinas.

O grande desafio da prática docente no ensino da saúde está na possibilidade de produzir atividades de forma integrada. Não se trata apenas de somar conteúdos disciplinares distintos, mas, sim, construir de forma coletiva o planejamento e desenvolvimento de atividades de ensino.

---

## PARA REFLETIR

Você já pensou em elaborar uma linha do tempo com a sua comunidade escolar? Essa pode ser uma ótima atividade para você desenvolver com seus alunos, tendo a saúde como tema transversal.

Quais informações sobre os modos de viver, condições de saúde, níveis de determinação, práticas educativas vocês levariam em consideração?

---

## TEXTO DE APROFUNDAMENTO 2 – O TERRITÓRIO E A PRODUÇÃO DA SAÚDE

Vamos aprofundar uma leitura em torno do conceito de território, e sua relação com a escola, a saúde, as políticas públicas.

Para isso, a leitura indicada é a do texto “[Entendendo o território: uma contribuição para o desenvolvimento da educação alimentar e nutricional no contexto do Programa Bolsa Família](#)”.

A ideia de território é mais que apenas a circunscrição geográfica e física de um espaço. Neste texto, parte-se das bases da geografia humana, que entende o território como dimensão complexa, onde se produz e reproduz a vida e as condições de existência. É espaço de trabalho, de passagem de pessoas, de ensino-aprendizagem, de moradia.

Neste texto, alguns conceitos importantes para a compreensão do território vivo serão trabalhados, e ajudarão na análise das informações coletadas durante o mapeamento.



Fonte: Pixabay.com

## PARA REFLETIR

Após a leitura, vale a pena você e seus colegas de grupo retornarem ao tema escolhido para desenvolver a análise sobre uma situação de saúde, e responder:

- Como esta situação se expressa no território onde vivem as pessoas? E no território da escola? De que forma esta situação se distribui no território?
- Que elementos que afetam ou podem afetar a saúde estão presentes no território, e quais níveis de organização da vida e da saúde afetados?

## TEXTO DE APROFUNDAMENTO 3 – OS MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE NO BRASIL

Modelos de atenção é uma expressão que se refere ao conjunto de combinações entre recursos tecnológicos e humanos. Essas combinações não estão dadas, são sempre uma escolha, em função dos fatores relacionados a custo, efetividade, disputas políticas, novos conhecimentos que se agregam ao campo da saúde, perfil de saúde da população, nível de atenção e complexidade dos serviços, entre outros.



Foto: Adailson Calheiros

Encontro Preparatório para 8ª Conferência Nacional de Saúde, marco importante no debate sobre o melhor modelo de atenção à saúde no Brasil.

Fonte: Departamento de Arquivo e Documentação/Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz.

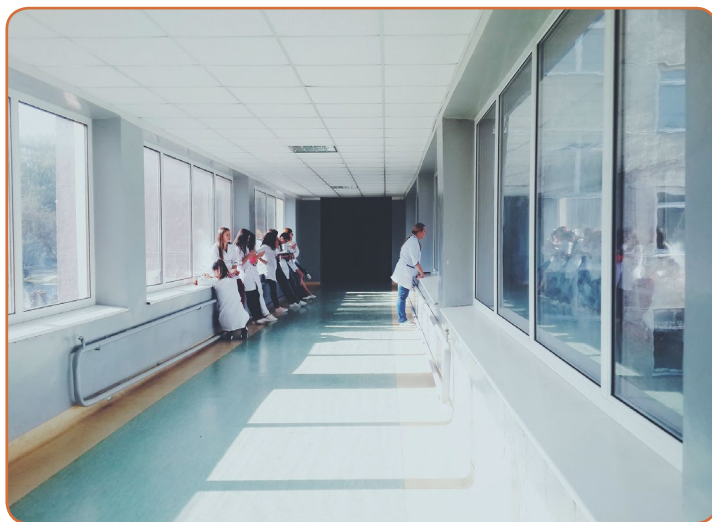
Para alguns autores, como o professor Jairnilson Paim, da Universidade Federal da Bahia, os modelos expressam a mediação entre as dimensões técnica (conhecimentos, recursos, equipamentos etc.) e política (prioridades, escolhas, distribuição de recursos etc.).

No Brasil, a discussão sobre qual o melhor modelo de atenção à saúde não é recente.

Clique nos anos para saber mais.



Para entender os modelos que estão sendo propostos hoje, precisamos voltar à história das políticas de saúde no Brasil. Antes do SUS, poucos municípios possuíam postos de saúde, as pessoas tinham de se deslocar para o centro das cidades, as dificuldades no acesso eram maiores.



Fonte: Pixabay.com

A ESF faz parte de uma forma nova de ver a saúde, e que tem origem, em boa parte, nos debates sobre a saúde coletiva e a produção social da saúde, que de forma introdutória discutimos na Unidade de Aprendizagem I e aprofundamos aqui, na Unidade de Aprendizagem II.

Para conhecer mais sobre os modelos de saúde que existiram, historicamente, no Brasil, acesso e verbete Atenção à Saúde no Dicionário de Educação Profissional em Saúde, da Fiocruz.

Lembrando da reflexão sobre concepções de saúde, aspectos de modelos de explicações anteriores permanecem e ainda fazem sentido dentro dos modelos atuais.

Por exemplo, as campanhas de vacinação, que existem ainda hoje, têm origem no chamado modelo campanhista, que desenvolveu práticas de saúde pública para controle de epidemias que ameaçavam a força de trabalho, nas cidades e no campo, desde o início do século XX.



Note que todas as vacinas são oferecidas no calendário normal, nos postos e unidades de saúde, mas algumas vezes por ano o Ministério da Saúde lança as campanhas de vacinação, como a da gripe, para adultos e idosos, ou a do HPV para adolescentes e adultos jovens. A experiência acumulada ao longo dos anos mostra que as campanhas têm ainda seu lugar, para otimizar as ações preventivas.



*Para uma melhor compreensão a respeito das políticas de saúde e dos modelos assistenciais ao longo da história, do início do século XX até os dias atuais, e sua relação com os principais fatos históricos nacionais, sugerimos que você assista ao vídeo – História das Políticas de Saúde no Brasil. O vídeo é longo, mas dividido em períodos, e você pode assistir em partes, se preferir.*

*Para saber mais e ver imagens e depoimentos a respeito da 8ª Conferência Nacional de Saúde, veja o vídeo comemorativo dos seus 30 anos.*



## **PARA REFLETIR**

Após a leitura, reflita sobre um problema de saúde: que modelo de atenção à saúde ajudaria a enfrentar e resolver melhor esta situação?

Algumas perguntas podem ajudar a pensar esse tema:

- É para o hospital que as pessoas devem se dirigir todas as vezes que se sentem mal ou ficam doentes? Qual o papel do hospital?
- Qual o papel dos postos e unidades de saúde (ESF ou não)? Qual a relação desses serviços com os territórios e as comunidades?
- Quais as barreiras (geográficas, culturais, políticas e outras) que existem para o povo acessar os serviços de saúde? Quais iniciativas rompem com essas barreiras e facilitam o acesso?
- Somente o profissional médico deveria ser o responsável pela saúde? Em todas as situações?



## TEXTO DE APROFUNDAMENTO 4 – POBREZA, DESIGUALDADE E SAÚDE

Como podemos explicar, para além do senso comum, a relação entre pobreza, desigualdade e saúde?

Não basta dizer que a pessoa, por ser pobre, não tem saúde, pois a questão da desigualdade também precisa ser analisada, e sabemos que a vida das pessoas não se produz com base em uma distribuição igualitária de recursos e renda. Este é um tema que preocupa, há muitos anos, pesquisadores brasileiros, que buscam, a partir da análise de dados e indicadores de saúde, entender melhor esta relação.

No dia 9 de outubro de 2008, o jornal *Folha de S.Paulo* publicou um artigo, de autoria de Octávio Luiz Motta Ferraz, jurista, sobre este tema. Leia um trecho:



Foto: metamorfoseAmBULAnte

Fatores socioeconômicos, como renda, educação, qualidade de moradia e ambiente de trabalho, os chamados determinantes sociais da saúde, são tão ou mais importantes que a assistência médica, como confirma o importante relatório da Organização Mundial da Saúde que acaba de ser publicado (“Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health”, de 28/8).

Fonte: Flickr.com

O relatório da Comissão sobre os Determinantes Sociais da Saúde, presidida pelo renomado sanitarista britânico sir Michael Marmot, confirma e esclarece, com riqueza de dados, várias conexões intuitivas entre determinantes sociais e saúde, mas também refuta relações de causalidade que antes pareciam evidentes.

Não surpreende, por exemplo, que a pobreza e as privações que ela implica em termos de nutrição, educação, moradia e falta de cuidados médicos tenha um impacto direto e significativo na saúde das pessoas.

Assim, uma menina nascida no Lesoto, na África, viverá em média 42 anos a menos que uma nascida no Japão. Na Suécia, as chances de uma mulher morrer durante a gravidez ou parto é de 1 em 17.400; no Afeganistão, de 1 em 8. A taxa de mortalidade infantil de crianças cujas mães têm educação secundária ou superior no Brasil é em média três vezes menor do que a de crianças cujas mães têm menos de três anos de estudos.

Você pode ler este [artigo na íntegra](#).

Você também pode ler a reportagem “[A relação entre saúde e desigualdade social](#)” mais recente sobre este mesmo tema.

Vemos que se produzem muitas explicações buscando dar conta da complexidade da temática.

É importante lembrar, no entanto, que, embora possamos comparar situações entre localidades e países, a resolução dos problemas em cuja origem estão a desigualdade e a pobreza só será possível com a análise técnica e política de cada situação específica, em cada conjuntura histórica que a produz.

Vamos lembrar alguns elementos da nossa história: a prioridade das ações de saúde pública do Estado brasileiro, na década de 1970, era, consoante o modelo de desenvolvimento proposto, o de controlar fatores causais e de risco para a ocorrência de doenças infectocontagiosas, sobretudo em áreas rurais e longe dos centros urbanos.

Mas a ideia de que a maioria do povo brasileiro era pobre, doente e ignorante vem de muito antes – sempre fez parte do imaginário social esta forma de pensar, e não apenas das pessoas das elites ou das classes médias; as próprias pessoas pobres tendiam a pensar a pobreza como fardo difícil de superar, e o acesso à saúde, como um favor.

Talvez você já tenha ouvido falar ou visto alguma imagem do Jeca Tatu, um personagem popular, criado pelo escritor Monteiro Lobato, para simbolizar o homem do campo, o agricultor pobre, doente, ao qual também se vinculavam atributos morais negativos como preguiça, indolência.

O Jeca Tatu, durante muitos anos, era figura trazida em propagandas de remédios e inspirou o popular ator de cinema Amácio Mazzaropi a construir seu principal personagem, o caipira, além de ter produzido e estrelado um filme com o mesmo nome em 1959.



Fonte: Revista HCS-Manguinhos

Ilustração: J. U. Campos

O Jeca Tatu expressa a representação social do Brasil a respeito da população pobre. Para Monteiro Lobato, que posteriormente tomou consciência a respeito dos problemas de saúde e das doenças infecciosas e parasitárias que afligiam a população do campo, a economia nacional só seria impulsionada se a população fosse saudável. Se, por um lado, essa visão colaborou para despertar as autoridades a respeito da situação do saneamento básico no país, por outro reforçou durante muito tempo o imaginário em torno da ideia de que ser pobre era sinônimo de ser incapaz e ignorante.

Nas cidades, durante o século XX, a necessidade de garantir aos trabalhadores inseridos nos circuitos produtivos principais a saúde para o trabalho levou – como foi mencionado no texto sobre os modelos de atenção à saúde no Brasil – ao desenvolvimento de ações ambulatoriais e hospitalares individuais, custeadas com recursos da previdência, o INSS.

Nas últimas quatro décadas, este modelo de desenvolvimento passa a sofrer esgotamento, em uma das muitas crises cíclicas do capitalismo, e novas formas de desigualdade passam a se produzir: já não morrem tantas crianças pequenas, e, com a ampliação do acesso a métodos anticoncepcionais, por meio de programas estatais de controle da natalidade, a partir da década de 1990, um outro perfil demográfico começa a se delinear no país – aumento da população de trabalhadores jovens, mas também do número de pessoas idosas, trazendo novas e diferentes demandas de saúde.

Nos anos posteriores, os trabalhadores urbanos formalmente empregados passaram a ter, em boa parte, planos privados de saúde para o atendimento individual, ficando o trabalhador rural cada vez mais à mercê das políticas municipais, que ainda se iniciavam com o SUS.

Aos poucos, o modelo demográfico de famílias menos numerosas, com um ou dois filhos, foi se impondo, ainda que existam famílias com grande número de filhos. Mas a tendência da taxa de natalidade é cair, em todo o país.

Veja uma [reportagem recente sobre o tema natalidade](#).

Note a contradição: mesmo mantidas certas condições de desigualdade de renda, relacionadas a perdas salariais e desemprego,

**POPULAÇÃO**  
**IBGE: de 4,1 filhos por mulher em 1980, taxa de natalidade irá a 1,5 em 2030**

por Redeção RBA | publicado 27/10/2016 13h20, última modificação 27/10/2016 14h54

São Paulo – Dados divulgados ontem (26) pelo IBGE relacionam o processo de envelhecimento da população brasileira a uma "expressiva" queda na chamada taxa de fecundidade. Em 1980, essa taxa era estimada em 4,12 filhos por mulher. Calu para 2,39 em 2000. As projeções do instituto estimam que esse número irá para 1,51 em 2030 e chegará a 1,50 em 2060.

...já a esperança de vida ao nascer era de 62,58, para



S. GASA OUBINHOS / DIVULGAÇÃO

Fonte: Rede Brasil Atual

houve, ao longo dos anos, no Brasil como um todo, a melhora de alguns indicadores de saúde, sendo o exemplo mais gritante o da mortalidade infantil (crianças menores de um ano).

O que está na base da explicação deste fenômeno não é, no entanto, uma melhoria geral, efetiva e sustentável das condições de vida, e sim uma interação complexa de fatores que incluem acesso a métodos anticoncepcionais, uso de tecnologias de controle de doenças infantis, maior ingresso das mulheres na força de trabalho, ampliação da escolaridade, entre outros.

Por outro lado, o próprio modelo de desenvolvimento recente no nosso país, que ampliou a capacidade de consumo da população mais pobre, a ponto de realizar uma substituição, nas cidades rurais, do transporte utilizando animais pelo uso da motocicleta, também acabou por aumentar enormemente os índices de acidentes graves de trânsito entre os homens jovens, com consequente aumento no número de pessoas com deficiências e necessitando de serviços de recuperação e fisioterapia, geralmente pouco disponíveis nas pequenas cidades.

O fim de um projeto de desenvolvimentismo baseado na intervenção do Estado vem apontando para a importância do nível de organização comunitário da vida para a produção de respostas às situações de saúde. Desde as décadas de 1980-1990, a capacidade de organização das comunidades, em articulação com os serviços de saúde locais, tem demonstrado a potencialidade dessas ações conjuntas, que implicam e trazem para discutir a saúde, os diversos saberes – populares e científicos – sobre o tema.

Leia sobre o [aumento no número de pessoas com deficiências e necessitando de serviços de recuperação e fisioterapia.](#)

## Notícias

25/08/2016

### Acidentes com moto quase triplicam em três anos

Agência CNT de Notícias conversou com o autor de livro, lançado neste ano, que aborda a problemática

Foto: Imprensa CNT



Fonte: Confederação Nacional do Transporte

---

## PARA REFLETIR

Vale pensar:

Grupos de ajuda mútua, assistência psicológica por grupos religiosos, mutirões comunitários para ações de saneamento e vacinação, ações comunitárias de atenção aos idosos, incapacitados e crianças vulneráveis, grupos de apoio aos dependentes de drogas, são exemplos de como as soluções tem sido encontradas neste nível.

Uma aproximação entre serviços públicos e práticas assistenciais comunitárias já está ocorrendo, como exemplificam certos projetos de atenção integral às crianças e os programas de médicos da família.

A proposição de modelos com ênfase na promoção da saúde,<sup>43</sup> através de ações comunitárias efetivas nas transformações das condições de vida, vem recebendo recentemente apoio de agências internacionais, apontando seus interesses na análise das possibilidades de construção de uma saúde pública não estatal, concebida a partir da lógica da vida, e não da perspectiva da economia.

Fonte: Sabroza (2004, p. 366).

Você já integrou ou conhece iniciativas assim, que articulem saberes diversos, e tragam juntos profissionais de saúde e população para debater e propor soluções para as questões de saúde?

Qual a potencialidade deste tipo de ação? Não podemos pensar, ingenuamente, que, apenas por estar sendo proposta, não existirão dificuldades e desafios a serem enfrentados neste tipo de ação.

É justamente sobre isso que o próximo texto de aprofundamento vai falar:

- quais as questões que podem estar presentes nesta relação entre técnicos (profissionais de saúde, professores e outros) e a população, quando se busca enfrentar as questões de saúde?
  - Como podemos pensar a relação entre as diversas formas de conhecimento e os diversos saberes sobre a vida e a saúde?
-

## TEXTO DE APROFUNDAMENTO 5 – A CRISE DE INTERPRETAÇÃO É NOSSA: PROCURANDO ENTENDER A FALA DAS CLASSES POPULARES

Primeiro, vamos falar brevemente sobre o autor do texto. **Víctor Vincent Valla** (1937-2009), pesquisador emérito da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fiocruz, tinha formação na área de educação e de história, e chegou à ENSP nos anos 1980, e desenvolveu também atividades na Fundação Getulio Vargas e na Universidade Federal Fluminense.

Víctor Valla foi um pesquisador profundamente comprometido com as classes populares, e preocupado em que as atividades de pesquisa e as propostas para a saúde coletiva incorporassem o olhar da população, suas perspectivas de vida e saúde, a partir de suas condições materiais e históricas.

Desenvolveu estudos articulados sobre as formas populares de enfrentamento das questões de saúde e vida, sendo recorrente a pergunta: o que fazem as pessoas quando não vão ou não conseguem chegar aos serviços de saúde?

Para além dos conceitos de carência e vulnerabilidade dos mais pobres, Valla buscava compreender suas fortalezas e estratégias diante de uma ordem social excludente.

Para ele, os mais pobres e marginalizados, muito mais do que aprender, têm a ensinar.

Este texto emerge de suas preocupações a respeito das formas tradicionais que os serviços e profissionais de saúde usam nas suas práticas de educação em saúde. Numa perspectiva ampliada de saúde e educação, que estamos buscando trazer também neste curso, Valla não desvinculava a ação educativa de questões mais amplas, a respeito dos modelos políticos e econômicos que perpetuam a desigualdade social no Brasil. Mas, para os profissionais de saúde, historicamente, sempre foi mais fácil trabalhar a educação com base na culpabilização da vítima, atribuindo às classes populares uma suposta dificuldade de compreender as normas e prescrições sobre saúde.



A prática corrente de responsabilização individual é criticada por diversos autores da saúde coletiva, usando o termo “culpabilização da vítima”. Um desses autores foi justamente Victor Valla, que no texto “Sobre participação popular e saúde: uma questão de perspectiva”, publicado em 1998, afirma que a culpabilização da vítima é uma prática que tem por função esconder a falta de compromisso dos governantes para enfrentar as questões de saúde.

Neste texto, ele afirma que:

“O fenômeno da culpabilização da vítima é frequentemente agravado pela chamada ‘ditadura da urgência’. A falta de investimentos na infraestrutura do consumo coletivo leva grandes parcelas da população a viver num estado de emergência permanente, onde as emergências, a urgência, suscitam conselhos preventivos das autoridades num ritmo contínuo. E o ‘não-cumprimento’ dos conselhos acaba colocando o peso da responsabilidade sobre as vítimas das emergências. Exemplos incluem os casos das epidemias de dengue e cólera. Quando as epidemias já se fazem presente, as autoridades aconselham a manter tampados os receptáculos de água ou a pingar na água gotas de cloro. Qualquer protesto sobre o sistema de abastecimento de água é rechaçado com a questão de urgência. A discussão sobre o tratamento e a distribuição da água é adiada para depois”.

Se quiser ler o texto todo, acesse [aqui](#).

O discurso da culpabilização da vítima pode ser evidenciado também nas campanhas massivas de difusão de informações voltadas para a mudança de comportamento e estilos de vida, cada dia mais presentes nas campanhas de saúde escolar e campanhas publicitárias presentes em meios de comunicação de massa. Fala-se então em promoção de hábitos saudáveis de alimentação, mas não se fala em promover políticas públicas que garantam suporte coletivo para “mudança de hábitos”.

O que queremos alertar é para o fato de que esta forma de educar, com foco no indivíduo, encontra-se massivamente disseminada entre todos nós, brasileiros. Assim agem médicos, enfermeiros, dentistas, professores, autoridades, cientistas, e as pessoas reproduzem esta mesma forma prescritiva de educar no lar (mães e pais em relação aos filhos), no trabalho (patrões e gerentes

em relação aos trabalhadores), e em todos os espaços sociais. Este modo de agir reproduz uma certa ideologia de que ser saudável só depende de escolha individual, e isto cumpre uma função social, econômica e política atendendo a interesses de mercado também.

Mas, ao lado deste modelo, também se produzem formas de resistência e de práticas críticas de educação, pois todos nós, mesmo as pessoas sem escolaridade nenhuma, podemos perceber que o discurso prescritivo não irá resolver de fato as questões de saúde.

Assim, em lugar de apenas ficarmos lamentando ou nos culpando por agir de forma a “culpabilizar a vítima”, algo compreensível diante do contexto em que vivemos, vamos tentar enfrentar esta questão, compreendê-la e buscar transformar as nossas ações educativas! (VALLA, 1998, p. 10-11).

Neste sentido, para Valla, assim como para alguns pensadores, profissionais e lideranças populares que vêm pensando o papel da educação para a conquista da saúde como direito, o problema é que talvez sejamos nós (os técnicos, os profissionais de saúde, os acadêmicos, os professores) que não estejamos conseguindo entender o que as pessoas querem dizer.

Por isso, o título do artigo – “A crise de interpretação é nossa: procurando entender a fala das classes populares” – aponta para uma crise de interpretação, que não é das classes populares.

Leia o [texto de Valla](#).

Um outro texto, que pode lhe ajudar a problematizar a questão da “culpabilização da vítima”, foi produzido por Oliveira e Valla (2001).

Nele, os autores apresentam um relato de experiência de assessoria aos movimentos sociais de favelas numa região de subúrbio da cidade do Rio de Janeiro, no enfrentamento das epidemias de dengue que ocorreram nos anos 1990.

Se quiser conhecer, acesse-o [aqui](#).

---

## PARA REFLETIR

Após a leitura, deixamos algumas perguntas para sua reflexão e troca com colegas e tutor:

- Que questões do texto mais lhe chamaram a atenção?
  - O texto foi escrito na década de 1990, a partir de preocupações históricas, mas também conjunturais. O que você traria, a respeito do momento atual do país, para contribuir com essa discussão?
  - Em que esta leitura contribui para seu papel como educador, e para tratar o tema saúde na sua escola?
- 

## REFERÊNCIAS

BATISTELLA, Carlos. Saúde, doença e cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica. In: FONSECA, A. F.; CORBO, A. (Org.). *O território e o processo saúde-doença*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. Disponível em <[http://www.epsjv.fiocruz.br/pdtsp/index.php?livro\\_id=6&area\\_id=2&capitulo\\_id=13&autor\\_id=&arquivo=ver\\_conteudo\\_2#](http://www.epsjv.fiocruz.br/pdtsp/index.php?livro_id=6&area_id=2&capitulo_id=13&autor_id=&arquivo=ver_conteudo_2#)>. Acesso em: mar. 2018.

BARATA, Rita Barradas. Epidemiologia social. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 7-17, mar. 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2005000100002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2005000100002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 19 mar. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2005000100002>.

CASTRO, Celso. (Org.). *Textos básicos de sociologia*. Rio de Janeiro: Zahar, 2014.

CULTURA MIX. *Níveis de organização em biologia*. São Paulo: R7.com, 2013. Disponível em: <<http://meioambiente.culturamix.com/natureza/niveis-de-organizacao-em-biologia>>. Acesso em: 7 abr. 2018.

EDGLEY, Roy. Materialismo dialético. In: BOTTOMORE, Tom (ed.). *Dicionário do pensamento marxista*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

FERRAZ, O. L. M. Saúde, pobreza e desigualdade. *Folha de S.Paulo*, São Paulo, 9 out. 2008. Opinião.

MARGULIS, Lynn; SAGAN, Dorion. *O que é vida?* Rio de Janeiro: J. Zahar, 2002.

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. *A ideologia alemã*. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

OLIVEIRA, Rosely Magalhães de; VALLA, Victor Vincent. As condições e as experiências de vida de grupos populares no Rio de Janeiro: repensando a mobilização popular no controle do dengue. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 17, p. S77-S88, 2001. Suplemento. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2001000700016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2001000700016&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 19 mar. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2001000700016>.

QUINTANEIRO, Tania; BARBOSA, Maria L. O.; OLIVEIRA, Márcia G. *Um toque de clássicos: Marx, Durkheim e Weber*. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2003.

SABROZA, Paulo Chaagastelles. *Concepções de saúde e doença*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2004. Disponível em: <[http://www.epsiv.fiocruz.br/pdtsp/includes/header\\_pdf.php?id=283&ext=.pdf&titulo=Conce](http://www.epsiv.fiocruz.br/pdtsp/includes/header_pdf.php?id=283&ext=.pdf&titulo=Conce)>. Acesso em: 7 abr. 2018.

SHAW, William H. Materialismo histórico. In: BOTTOMORE, Tom (ed.). *Dicionário do pensamento marxista*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

VALLA, Victor Vincent. A crise de compreensão é nossa: procurando compreender a fala das classes populares. *Educação e Realidade*, v. 21, n. 2, p. 177-190, jul./dez. 1996. Disponível em: <<http://www.seer.ufrgs.br/educacaoerealidade/article/viewFile/71626/40626>>. Acesso em: mar. 2018.

VALLA, Victor Vincent. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 14, p. S07-S18, 1998. Suplemento 2. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1998000600002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1998000600002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 19 mar. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1998000600002>.

[Versão para impressão com todos os boxes interativos.](#)