

1

O que é Saúde Coletiva?

Lígia Maria Vieira-da-Silva ♦ Jairnilson Silva Paim ♦ Lilia Blima Schraiber

INTRODUÇÃO

A *Saúde Coletiva* pode ser definida como um campo¹ de produção de conhecimentos voltados para a compreensão da *saúde* e a explicação de seus *determinantes sociais*, bem como o âmbito de práticas direcionadas prioritariamente para sua *promoção*, além de voltadas para a *prevenção* e o *cuidado* a agravos e doenças, tomando por objeto não apenas os indivíduos mas, sobretudo, os grupos sociais, portanto a *coletividade* (Paim, 1982; Donnangelo 1983).

Tratando-se de uma área nova, nem sempre há uma preocupação em distingui-la da Saúde Pública. Por outro lado, observa-se que diversas instituições e programas de pós-graduação e graduação pertencentes à área da Saúde Coletiva têm nomes diferentes, como Instituto de Medicina Social, Departamento de Medicina Preventiva, Escola Nacional de Saúde Pública, Mestrado em Saúde Comunitária ou Instituto de Saúde Coletiva.

Qual a razão para essa diversidade de designações? Como e por que ocorreu a criação desse novo espaço de saberes e práticas no Brasil, nos anos 1970, com a denominação de Saúde Coletiva? Qual sua relação com movimentos semelhantes no cenário internacional? Qual sua importância para a resolução dos problemas de saúde da população e para o atendimento das necessidades de saúde?

Embora a Saúde Coletiva historicamente tenha sido constituída, principalmente, por médicos, outros profissionais, como cientistas sociais, enfermeiros, odontólogos, farmacêuticos, e também agentes oriundos de outras áreas do conhecimento, como engenheiros, físicos e arquitetos, contribuíram para sua construção. Trata-se,

portanto, de uma área multiprofissional e interdisciplinar. Para que a definição de Saúde Coletiva aqui apresentada seja mais bem compreendida em sua especificidade e amplitude, em termos de agentes e disciplinas, é necessário rever brevemente a história de seus antecedentes e seu nascimento.

ANTECEDENTES

Conhecimentos e intervenções sobre a saúde em uma perspectiva coletiva foram contemplados na história por diversas iniciativas políticas e movimentos de ideias resumidos a seguir.

Aritmética Política e Polícia Médica

Embora diversas intervenções voltadas à preservação da saúde e ao enfrentamento das doenças, no âmbito populacional, possam ser registradas desde a Antiguidade clássica, foi apenas no período mercantilista e com o desenvolvimento do Estado Moderno que surgiram, na Alemanha, a *Polícia Médica*, com Johann Peter Frank, e na Inglaterra, a *Aritmética Política*, com William Petty (Rosen, 1994 [1958]).

A Aritmética Política consistia na sistematização de informações populacionais sobre natalidade e mortalidade e na formulação de recomendações para uma ação nacional, bem como de instâncias organizativas na área da saúde. Petty, em 1687, propôs a criação de um Conselho de Saúde em Londres e de um hospital para o isolamento de pacientes com peste (Rosen, 1994 [1958]).

Já na Alemanha, a administração do Estado era denominada, desde o século XVII, Polícia. Em 1655, Veit Ludwig Seckendorf formulou o que deveria ser um programa de saúde do Governo voltado para o bem-estar da população. A expressão Polícia Médica foi usada por Wolfgang Thomas Rau, em 1764, e posteriormente desen-

¹Campo está sendo aqui empregado como os autores citados originalmente o utilizaram, ou seja, como conceito que designaria um espaço social mais amplo e complexo que uma simples área de conhecimento.

volvida por Peter Frank, entre 1779 e 1817, em uma volumosa obra que continha recomendações de ações voltadas para a supervisão da saúde das populações, o que correspondia a regulamentação da educação médica, supervisão de farmácias e hospitais, prevenção de epidemias, combate ao charlatanismo e esclarecimento ao público (Rosen, 1994 [1958]).

Higiene, Medicina Social e Saúde Pública

O termo *higiene* (*hygeinos* em grego) era um adjetivo que designava, na Grécia Antiga, aquilo que era “são”. Até o século XVIII, os manuais que tratavam da saúde referiam-se a seu “cuidado” ou sua “conservação”, mas a partir do século XIX passaram a denominar-se manuais de higiene (Vigarello, 1985). Sua transformação em disciplina médica e em um corpo de conhecimentos específicos ocorreu na Europa, entre o final do século XVIII e o início do século XIX (Vigarello, 1985). Na França em particular, em 1829, foi lançada a revista *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, que no *prospectus* de seu primeiro número apresentava a higiene pública como “...a arte de conservar a saúde nos homens reunidos em sociedade...” e como uma parte da medicina². Nessa perspectiva, a medicina não teria somente por finalidade estudar e curar as doenças, mas teria relações íntimas com a organização social; às vezes ajudaria o legislador na elaboração de leis, esclarecendo frequentemente o magistrado em sua aplicação, e sempre velaria com a administração pela manutenção da saúde do público.

O movimento higienista foi caracterizado por alguns autores como sinônimo de medicina social, termo cunhado em 1948 por Jules Guerin, editor da *Gazeta Médica de Paris*. O historiador George Rosen considerava ter sido a medicina social francesa uma decorrência dos desdobramentos da Revolução de 1848 e do processo de industrialização. Assim, para esse autor, a Medicina Social Francesa apoiava-se em trabalhos sobre a situação de saúde dos operários realizados por Villermé (1840) e Benoiston de Châteauneuf, entre outros, e propugnava modificações sociais para a resolução de problemas de saúde. Também na Alemanha, ideias semelhantes foram desenvolvidas por Rudolf Virchow e Salomon Neumann, que consideravam a ciência médica essencialmente social (Rosen, 1983).

Já para o filósofo Michael Foucault, a medicina moderna é uma medicina social no sentido de que é uma prática social, ou seja, intervém sobre a sociedade e sofre as influências desta, mesmo quando atua sobre indivíduos. Analisando o corpo como uma realidade biopolí-

tica, ou seja, em suas dimensões biológica e do poder, esse autor considera que o controle da sociedade sobre os indivíduos começa com o corpo. Nessa perspectiva, caracterizou o desenvolvimento da medicina moderna no período supramencionado (final do século XVIII e início do século XIX) em três configurações: a medicina de Estado, a medicina urbana e a medicina da força de trabalho (Foucault, 1979).

Já a denominação Saúde Pública surgiu na Inglaterra. A industrialização, que se acompanhou do aumento do número de trabalhadores assalariados, tem sido associada ao agravamento das condições sanitárias das populações urbanas (Engels, 2008 [1845]) e às respostas estatais a essa situação. Esse fenômeno foi observado particularmente na Inglaterra, no século XIX. Uma comissão governamental designada para rever a legislação voltada para os pobres e coordenada pelo advogado Edwin Chadwick elaborou, em 1842, um documento intitulado “*Relatório ou uma Investigação sobre as Condições Sanitárias da População Trabalhadora da Grã-Bretanha*”, que continha, além de um diagnóstico sobre a situação sanitária, diversas proposições de intervenções relacionadas com o saneamento das cidades e a correspondente organização administrativa estatal (Rosen, 1994 [1958]). Seguiram-se ao Relatório Chadwick diversas iniciativas legislativas que culminaram com o primeiro *Ato de Saúde Pública*, editado em 1848, e com a criação de um Conselho Geral de Saúde (Rosen, 1994 [1958]). As escolas e faculdades de Saúde Pública só foram criadas na Inglaterra na passagem do século XIX para o XX (Paim, 2006).

Também nos EUA, a industrialização e as epidemias do final do século XIX levaram o Congresso Americano a criar um Departamento Nacional de Saúde, proposto por um movimento de reforma da saúde organizado em torno da Associação Americana de Saúde Pública, em 1879 (Fee, 1994). Embora com o advento da bacteriologia tenha sido conferida uma ênfase à dimensão técnica da Saúde Pública, concepções mais amplas foram explicitadas no início do século XX, como na clássica definição de Charles Edward A. Winslow, bacteriologista e fundador do departamento de Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade de Yale (Boxe 1.1).

No Brasil, ações de saúde e saneamento voltadas para o espaço urbano e o controle de epidemias acompanharam o desenvolvimento do Estado Nacional na primeira República (1889-1930) (Lima *et al.*, 2005). Essas ações, bem como as formas de organização estatal correspondentes, sofreram influência, em certa medida, dos modelos europeus anteriormente mencionados (Trindade, 2001). Esse período, marcado pela realização de campanhas sanitárias para o controle da febre amarela urbana, coordenadas por Oswaldo Cruz, ficou conhecido

²*Prospectus. Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 1829. (Série 1, n.01).

Boxe 1.1 Uma definição de Saúde Pública

Em 1920, Charles Edward A. Winslow, então professor de Medicina Experimental da Universidade de Yale, foi procurado por dois estudantes da graduação que queriam uma orientação sobre as carreiras a seguir, estando particularmente interessados em saber o que era a Saúde Pública. Winslow, então, sentindo a necessidade de formular uma melhor definição que englobasse as tendências e possibilidades dessa área que para ele representava uma das mais estimulantes e atrativas aberturas para estudantes universitários naqueles dias, elaborou um artigo para a revista *Science*, onde formulou a seguinte definição para a Saúde Pública:

"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 e o tratamento preventivo da doença e o desenvolvimento da máquina social que assegurará a cada indivíduo na comunidade um padrão de vida adequado para a manutenção da saúde." (Winslow, 1920:30 – tradução livre)

como "sanitarismo campanhista". O período seguinte, que vai de 1930 a 1964, correspondeu à progressiva institucionalização das campanhas sanitárias, inicialmente em um Departamento Nacional de Saúde do Ministério da Educação e posteriormente no Ministério da Saúde, criado em 1953 (Paim, 2003). Duas outras concepções de sanitarismo desenvolveram-se nesse período: o denominado "sanitarismo dependente", que correspondia ao modelo importado dos EUA, adotado pela Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (FSESP), e o sanitarismo desenvolvimentista, cujo pressuposto era que o desenvolvimento econômico resultaria em melhoria do estado de saúde das populações.

Paralelamente ao desenvolvimento da higiene e da Saúde Pública surgiram diversas instituições voltadas para a assistência médica individual, inicialmente financiadas pelas caixas de aposentadoria e pensão dos sindicatos e posteriormente pelo Estado, por intermédio dos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAP), para diversas categorias de trabalhadores (marítimos, bancários, comerciários e servidores públicos, entre outros). Essa assistência médica dirigida aos trabalhadores registrados formalmente nas empresas foi posteriormente estendida a suas famílias com o apoio da Previdência Social, que também respondia pelas aposentadorias e demais benefícios trabalhistas. Por isso, foi denominada "medicina previdenciária".

Progressivamente, desenvolveu-se um setor privado que passou a ser financiado em parte pelo Estado e em parte pelo mercado, como é o caso dos planos de saúde privados, e que configurou um modelo assistencial predominantemente hospitalar, tecnificado e voltado para as ações curativas individuais (Paim, 2003).

Movimentos de reforma do ensino médico: a criação da Medicina Preventiva

Entre as raízes históricas da Saúde Coletiva estão dois movimentos de reforma da medicina que buscaram reorientar a prática médica por meio de mudanças da formação dos médicos nas escolas de medicina. São eles o movimento em prol de uma Medicina Integral, que resultou na criação de uma disciplina nova no currículo médico, a Medicina Preventiva, e o movimento pela Medicina Comunitária (Boxe 1.2).

Boxe 1.2 O relatório Flexner

Considerando que a Medicina Integral e a Medicina Comunitária foram movimentos surgidos já no século XX, não podemos deixar de mencionar um grande reformador do ensino médico: Abraham Flexner, também situado no século XX. Como explicaremos a seguir, porém, a reforma Flexner teve um caráter distinto desses outros dois movimentos.

Flexner, que viveu entre 1866 e 1959, foi um pesquisador e professor americano que realizou extensa investigação sobre as condições do ensino médico nos EUA e no Canadá, apresentando resultados e propostas de mudança curricular na publicação *Medical Education in United States and Canada. A report to the Carnegie Foundation for the Advancement of teaching* (Flexner, 1910). Sua preocupação central foi com o desnível de qualidade entre os profissionais formados nas diferentes escolas médicas. Atento à base científica da medicina, enquanto conhecimento e prática profissional, Flexner buscou apontar a necessidade da formação do aluno tanto nas ciências em geral, de maneira preparatória à medicina, como, em segundo estágio, nas ciências básicas que dão suporte direto à medicina, o que seria complementado com o aprendizado profissionalizante em práticas clínicas hospitalares conjugadas à investigação laboratorial. Em suas palavras: "(...) Pode-se descrever com justeza que a moderna medicina é caracterizada pelo manejo crítico da experiência. (...) No âmbito pedagógico, a medicina moderna, como todas as educações científicas, é caracterizada pela atividade. O aluno não mais apenas olha, ouve ou memoriza; ele faz. Sua própria atividade no laboratório e na clínica é o fator principal em sua instrução e no ensino. (...) O progresso da ciência e da prática científica e racional da medicina emprega exatamente a mesma técnica. (...) Investigação e prática são, então, um só em espírito, método e objeto. (...) O hospital é, ele próprio, em todos os sentidos um laboratório." (Extraído de Schraiber, 1989: 109-10).

Com essas características podemos dizer que a reforma proposta por Flexner, e que foi amplamente acatada, sistematizou e formalizou as especificidades próprias à modernização da medicina e com isso impulsionou essa modernização, em contraste com as propostas da Medicina Integral e da Medicina Comunitária, que apresentaram reformulações para o modelo já moderno de ensino médico.

Flexner, alguns anos depois do referido estudo, expandiu sua avaliação das escolas médicas também para alguns países da Europa, comparando-as com a situação americana, na publicação *La formation du médecin en Europe e aux États-Unis: étude comparative* (Flexner, 1927).

Para uma melhor compreensão das especificidades modernizantes da medicina consulte Luz (1988) e Nogueira (2007).

Originados nos EUA, no período 1940/1960, esses movimentos constituíram importante base da crítica ao modo progressivamente especializado e segmentador com que a prática médica vinha sendo desenvolvida e ensinada. Isso porque esses movimentos pretendiam que os médicos, em sua prática cotidiana, não tratassem apenas da medicina curativa e, ainda mais, aquela centrada em ramos especializados, mas que fossem capazes de um cuidado global do paciente. Esse cuidado deveria buscar uma concepção ampla de saúde, como horizonte da assistência médica que ofereciam nos serviços, preocupando-se também com a prevenção e a reabilitação do doente para a retomada de suas atividades usuais na vida social (Schraiber, 1989).

Buscavam, assim, ampliar a visão do médico quanto a sua intervenção, acreditando com isso que os serviços teriam, por consequência, uma reorientação assistencial. E para alcançar essa nova visão, acreditavam ser necessário e suficiente uma boa reforma curricular. No caso da Medicina Integral, a proposta girava em torno da concepção de uma formação mais ampla e integrada ("integral"), com um conjunto de disciplinas no ensino médico que fosse capaz de rearticular o "todo biopsicossocial" a que correspondia o paciente. Já com certa crítica ao excesso de aprendizado hospitalar, afastando o aluno das condições de vida usuais do paciente e, assim, tornando difícil sua formação inserida em um cuidado global, a proposta da Medicina Integral viu na introdução de uma disciplina voltada para a Medicina Preventiva e imediatamente articulada com disciplinas das ciências da conduta e das ciências sociais, de que se tratará mais adiante também, o instrumento para a integração que postulava, entendendo que a própria Medicina Preventiva teceria a coordenação das disciplinas biológicas.

No caso da Medicina Comunitária, movimento que sucedeu ao da Medicina Integral, além de adotar também as referências anteriores, a crítica à formação do médico enfatizou o ensino exclusivamente centrado no hospital. Propiciando ao aluno apenas o aprendizado nas patologias mais raras e em situações apartadas da família e da comunidade, o ensino hospitalar o impedia de interagir com as patologias mais frequentes e aprender uma prática tecnologicamente mais simplificada. A importância desses últimos aspectos na proposta estava dada pelo momento histórico em que surgiu: nos anos 1960, a medicina americana já via dificuldades de cobertura assistencial de parte de sua população, sobretudo a mais carente e a de idosos, uma vez que tal cobertura estava, como ainda está até hoje, muito associada à condição empregatícia. Considerando os custos crescentes da assistência médica, que se relacionam com as tecnologias mais sofisticadas e a simplificação destas em práticas voltadas para as patologias mais comuns, a Medicina Comunitária surgiu, naquele momento, como uma

proposta de reforma capaz de satisfazer tanto a maior integração na atenção prestada, com ênfase nas práticas de prevenção, como a diminuição dos gastos com a assistência médica, o que propiciaria uma cobertura mais fácil de ser estendida a toda a população.

A reforma então sugerida foi a de acrescentar à formação médica a experiência do aluno em práticas assistenciais extramuros do hospital-escola, localizando-se diretamente nas comunidades e de preferência entre as populações mais carentes.

Desse modo, a Medicina Preventiva e a Comunitária propuseram uma certa rearticulação dos conhecimentos biomédicos na dimensão social e populacional do adoecimento, o que ampliaria, segundo os proponentes dessas reformas, a concepção acerca do processo saúde-doença e seus determinantes que a medicina clínica vinha construindo quando enfatizava uma abordagem individual e biomédica. Essa crítica seria retomada na Saúde Coletiva, que, no entanto, apontou para a necessidade de reformas não só educacionais, mas, sobretudo, do próprio sistema de saúde e da sociedade: das condições e mercado de trabalho dos profissionais, dos modelos de atenção à população, bem como das políticas econômicas e sociais.

Departamentos de Medicina Preventiva e a Medicina Social

A partir da proposta da Medicina Integral, da criação de departamentos de Medicina Preventiva nas escolas médicas americanas e dos seminários promovidos pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) para a difusão dessas ideias e a implantação dessas unidades acadêmicas (OPS, 1976) foram criados os primeiros departamentos no Brasil, na década de 1960. Contudo, sua institucionalização e expansão ocorreram, efetivamente, na década seguinte, após a Reforma Universitária de 1968.

Embora muitos estudos analisem essa experiência na América Latina e no Brasil, dois se destacam por sua abrangência e contribuições críticas. O primeiro, iniciado em 1967 (Garcia, 1972), visava à avaliação do ensino dos aspectos preventivos e sociais da medicina, mas foi ampliado para contemplar o processo de formação e suas relações com a prática médica e a estrutura social. Entre os tópicos analisados no ensino dos departamentos de Medicina Preventiva destacavam-se as medidas preventivas, a epidemiologia, a medicina quantitativa, a organização e administração de serviços de saúde, além das chamadas "ciências da conduta", incluindo a sociologia, a antropologia e a psicologia social. O segundo estudo (Arouca, 2003), concluído em 1975, partia do reconhecimento das dificuldades no ensino desses aspectos em sociedades que não produziram mudanças nos sistemas de saúde e atribuíam diferentes valores à vida human:

em função de sua estrutura de classes sociais, situação que configurava o “dilema preventivista”.

A penetração da questão do “coletivo” de maneira sistemática como também pertinente à assistência médica aparece como um dos efeitos da implantação desses departamentos. Originalmente tratava-se de uma certa redução do social limitada a suas manifestações no indivíduo (Donnangelo, 1983) e não como compreensão da estrutura social em suas relações com a saúde, seja como um setor produtivo, um estado da vida ou uma área do saber. Esse entendimento vai sendo construído, progressivamente, por meio de novos estudos, tempos depois.

Assim, as contradições e conflitos presentes na sociedade brasileira possibilitaram uma crítica ao preventivismo e uma aproximação às concepções da Medicina Social elaboradas na Europa no século XIX, a partir das lutas sociais ali desenvolvidas e, especialmente, das contribuições de Rudolf Virchow (Rosen, 1979; Paim, 2006). A produção de conhecimentos no Brasil diversifica temas, objetos e metodologias, com distintas conotações para a noção de “coletivo”: como meio ambiente; como coleção de indivíduos; como conjunto de efeitos da vida social; como interação entre elementos; e “coletivo transformado em social como campo específico e estruturado de práticas” (Donnangelo, 1983: 27). Esta última acepção, ou seja, o “coletivo” que toma o social como objeto privilegiado na produção do saber e na intervenção, vai marcar o desenvolvimento da Medicina Social no Brasil, especialmente em programas de pós-graduação de determinados Departamentos de Medicina Preventiva e Social e de Escolas de Saúde Pública.

Quando o governo passou a apoiar algumas linhas de pesquisa em Medicina Social, por meio do Programa de Estudos Socioeconômicos em Saúde (PESES) da Fio-cruz, com o auxílio da Financiadora de Estudos e Projetos – Finep (Escorel 1999), desenvolveu-se um trabalho teórico voltado para a Medicina Social entre alguns departamentos de Medicina Preventiva e Escolas de Saúde Pública. Esta aproximação à Medicina Social, no plano acadêmico, era alimentada por movimentos sociais que colocavam em debate a questão saúde e propostas de redefinição das políticas de saúde no Brasil que resultaram na Reforma Sanitária Brasileira e no Sistema Único de Saúde (SUS).

EMERGÊNCIA DA SAÚDE COLETIVA

A expressão saúde coletiva era utilizada desde a década de 1960 como referência a problemas de saúde no nível populacional (OPS, 1976) e em documentos oficiais que mencionavam uma dada matéria do currículo mínimo do curso médico, proposta pela Reforma Universitária de 1968. Essa matéria incluía a epidemiologia, a estatística, a organização e administração sanitária,

as ciências sociais, entre outras. Portanto, a introdução desses conteúdos na graduação dos profissionais de saúde foi iniciativa dos departamentos de Medicina Preventiva, junto a seus equivalentes nas escolas de enfermagem, farmácia, veterinária, odontologia etc. Nos cursos de aperfeiçoamento e especialização, essas disciplinas eram ministradas pelas escolas de saúde pública que posteriormente passaram a contribuir para a constituição da área.

No final da década de 1970, a expressão saúde coletiva foi usada como título do primeiro encontro nacional de cursos de pós-graduação então existentes no Brasil, denominados Medicina Social, Medicina Preventiva, Saúde Comunitária e Saúde Pública. Nessa oportunidade, foi proposta a criação da Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), cuja formalização passou a ser discutida em reuniões posteriores em Ribeirão Preto e no Rio de Janeiro e que foi fundada em setembro de 1979 em Brasília.

Com base no relatório final do I Encontro Nacional de Pós-graduação em Saúde Coletiva, realizado em 1978 na cidade de Salvador, um dos cursos participantes procurou explicitar o que se entendia por saúde coletiva (ver Boxe 1.3). Portanto, essa área do saber busca entender a saúde/doença como um processo que se relaciona com a estrutura da sociedade, o homem como ser social e histórico, e o exercício das ações de saúde como uma prática social permeada por uma prática técnica que é, simultaneamente, social, sofrendo influências econômicas, políticas e ideológicas (Paim, 1982).

Percebe-se, desse modo, a constituição de uma nova área de produção de conhecimentos científicos que se desloca de abordagens técnicas de temas específicos prevalentes na saúde pública tradicional (saúde materno-infantil, dermatologia sanitária, saneamento etc.) ou de enfoques convencionais de epidemiologia e da administração e planejamento de saúde para uma abordagem multidisciplinar. A incorporação das ciências sociais em sua constituição tornava possível o redimensionamento tanto da epidemiologia como da política, da gestão e do planejamento de saúde.

As primeiras publicações da ABRASCO tinham como denominação *Ensino da Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil* (ABRASCO, 1982). Nesse particular, a realização do II Encontro Nacional de Mestrados e Doutorados da Área de Saúde Coletiva em São Paulo (1982), os estudos sobre o ensino e a pesquisa em Saúde Coletiva no Brasil (Donnangelo, 1983; Magaldi & Cordeiro, 1983) e a realização do 1º Congresso Nacional da ABRASCO, realizado em parceria com a Associação Paulista de Saúde Pública em São Paulo, entre 17 e 21 de abril de 1983, parecem reforçar a denominação de Saúde Coletiva. Na segunda metade da década de 1980, o título da referida publicação da ABRASCO, sintoma-

Boxe 1.3 Saúde Coletiva: quadro teórico de referência

- a) A saúde, enquanto estado vital, setor de produção e campo de saber, está articulada à estrutura da sociedade através das suas instâncias econômicas e político-ideológicas, apresentando, portanto, uma historicidade.
- b) As ações de saúde (promoção, proteção, recuperação, reabilitação) constituem uma prática social e trazem consigo as influências do relacionamento dos grupos sociais.
- c) O objeto da Saúde Coletiva é construído nos limites do biológico e do social e compreende a investigação dos determinantes da produção social das doenças e da organização dos serviços de saúde e o estudo da historicidade do saber e das práticas sobre os determinantes. Nesse sentido, o caráter interdisciplinar desse objeto sugere uma integração no plano do conhecimento, e não no plano da estratégia, de reunir profissionais com múltiplas formações.
- d) O ensino da Saúde Coletiva envolve a crítica permanente dos sucessivos projetos de redefinição das práticas de saúde surgidos nos países capitalistas, que têm influenciado a reorganização do conhecimento médico e a reformulação de modelos de prestação de serviços de saúde: Reforma Sanitária, Medicina Social, Medicina Integral, Medicina Preventiva e Medicina Comunitária.
- e) O processo ensino-aprendizagem não é neutro. Representa um momento de apropriação do saber pelo educando e pode ser acionado como prática de mudança ou de manutenção.
- f) O conhecimento não se dá pelo contato com a realidade, mas pela compreensão de suas leis e pelo comprometimento com as forças capazes de transformá-la.
- g) A participação ativa e criativa do educando e do educador no processo ensino-aprendizagem pressupõe o privilegiamento de uma prática pedagógica fundamentalmente dialógica e antiautoritária, na qual o aluno não se limita a receber conteúdos emitidos pelo professor. Ou seja, tanto o aluno como o professor aproveitam-se do momento para problematizar a realidade, o modo de pensá-la e o próprio processo de produção-transmissão-apropriação do conhecimento.
- h) O ensino da Saúde Coletiva remete a uma concepção ampla de prática. Nela se incluem a prática técnica, a prática teórica e a prática política, entendidas como dimensões da prática social. Nessa perspectiva, as práticas exercidas pelos alunos e professores tendem a se articular com os movimentos mais amplos das forças sociais.
- i) O conceito de **inserção** no complexo de saúde admite a participação de docentes e discentes em distintos níveis político-administrativos, técnico-administrativos e técnico-operacionais. A análise das práticas de saúde desenvolvidas pode delinear como prática pedagógica a prática das mudanças no complexo de saúde.
- j) O conceito de **participação em saúde** transcende o envolvimento dos grupos interessados no âmbito do planejamento, gestão e avaliação das ações de saúde. Esse conceito passa pela democratização da vida social, o que implica a ação organizada sobre o processo político (Paim, 1982: 18-9).

ticamente, foi substituído por *Estudos em Saúde Coletiva*. Embora a proposição do movimento que resultou na criação da ABRASCO fizesse uma crítica clara à Medicina Preventiva e à Saúde Pública institucionalizada, essas denominações e concepções persistem até hoje em algumas instituições.

A crise do setor saúde desde a década de 1970 vai propiciar tentativas de reatualização na formação de re-

ursos humanos, diante das propostas de extensão de cobertura de serviços de saúde, conformando uma “tendência racionalizadora”. Esta possibilita uma confluência de interesses com o preventivismo e com um projeto crítico de Medicina Social que se expressa, contraditoriamente, nos programas de residência em medicina preventiva e social, tratando-se de uma “tentativa de conciliar a Saúde Pública com a medicina social e com a medicina preventiva” (Fonseca, 2006: 34).

Já a formação dos sanitaristas, em um contexto em que o Estado, sob a influência do liberalismo, favorecia a medicina privada, mas buscava a contenção das doenças epidêmicas e endemias rurais, enfatizava o adestramento na especialização com instrumentos e técnicas, pois ocorria uma certa correspondência entre o saber produzido e os modos de intervenção. Para tal formação não existiam grandes contradições entre o campo de saber e o âmbito das práticas.

Todavia, o desenvolvimento do projeto crítico de Medicina Social nos programas de residência em medicina preventiva e social, bem como nos cursos de mestrado e doutorado, deflagrava tensões acadêmicas e, sobretudo, políticas em função das críticas realizadas à situação de saúde e às políticas de saúde implementadas pelos governos autoritários. Essas três tendências – *preventivista* (Medicina Integral), *racionalizadora* (Saúde Pública) e *teórico-crítica* (Medicina Social) – conviveram contraditoriamente nos programas de pós-graduação durante a década de 1980 e, possivelmente, se reproduziram na Reforma Sanitária Brasileira (RSB) enquanto correntes *liberal-sanitarista*, *racionalizadora* e *crítico-socialista*. Portanto, desde suas origens, a RSB carregava distintas concepções e projetos políticos para a saúde em suas dimensões setorial e societária (Paim, 2008).

Um dos estudos pioneiros para a fundamentação conceitual e teórica da Saúde Coletiva (Donnangelo, 1983) efetuou uma delimitação aproximada dessa área de conhecimento não por meio de definições formais, mas examinando um conjunto de práticas relacionadas com a questão saúde na sociedade brasileira, considerando-a um campo de saber e de prática.

Ao trazer para a reflexão a noção de “campo”, alertava que essas tendências não afetavam a dominância da medicina individual e que o caráter político da Saúde Coletiva não podia ser ocultado, como geralmente ocorre na medicina quando apela para a cientificidade das ciências naturais. A Saúde Coletiva, ao contrário, ao lidar com uma multiplicidade de questões que atravessam as ciências naturais e sociais, implica a necessidade de construção do social como objeto de análise e como campo de intervenção (Donnangelo, 1983). Esse social é diverso e supõe, obviamente, diferentes interesses, posições e projetos daqueles que o compõem em distintas conjunturas.

Na década de 1980 foi realizada uma reunião sobre as Ciências Sociais em Saúde, promovida pela OPAS, quando a denominação Saúde Coletiva passou a ser difundida internacionalmente, agrupando pesquisas realizadas (Nunes, 1985: 757). É possível inferir, a partir daí, a influência dessas contribuições, quando alguns autores passam a usar na América Latina termos como Medicina Social ou Saúde Coletiva, em vez de expressões que designavam disciplinas ou grupos de disciplinas (Garcia, 1985). Os detalhes dessa “invenção” brasileira, sua sociogênese e as condições de possibilidade históricas têm sido objeto de estudos e pesquisas.

CONDIÇÕES DE POSSIBILIDADES HISTÓRICAS DO SURGIMENTO DA SAÚDE COLETIVA

Que fatos e processos históricos possibilitaram a criação da Saúde Coletiva brasileira? Pode-se afirmar que o financiamento das fundações americanas (Rockefeller, Kellog, Milbank, Ford), a ação político-institucional da OPAS, os auxílios da Finep, a conjuntura política e a situação do campo intelectual e do campo médico brasileiro nos anos 1960 e 1970 contribuíram nessa direção.

Modernização do ensino da medicina e as agências americanas (Kellog, Rockefeller e Milbank)

Embora existam controvérsias sobre a introdução da medicina experimental no Brasil, se no século XIX ou no início do século XX, a vinda da missão Rockefeller, em 1916, impulsionou o processo de modernização do ensino médico, na esteira do relatório Flexner (Boxe 1.2), e com o aporte de recursos consideráveis para a Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo tendo posteriormente viabilizado a criação do Instituto de Higiene de São Paulo, que, em 1945, viria a se transformar na Faculdade de Saúde Pública (Faria, 1999).

O objetivo da missão Rockefeller era substituir o modelo francês do ensino médico pelo americano com a prioridade dada ao regime de tempo integral e à pesquisa laboratorial, o que implicava a introdução de uma clínica experimental, ou seja, uma clínica apoiada na pesquisa básica. Ao lado disso, tinha também por objetivo fomentar o ensino da higiene e apoiar ações de saneamento, controle de endemias e educação para a saúde (Faria, 1999). Na Bahia e em outras universidades do sul, como foi o caso da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), esse processo ocorreu a partir da década de 1950. A introdução do ensino da Medicina Preventiva contou com a participação da OPAS e foi financiada pela Fundação Kellog, que concedeu bolsas de estudo a médicos recém-formados do Brasil e de outros países da Amé-

rica Latina que fizeram residência ou mestrado em áreas básicas. Além disso, a Fundação Kellog financiou a criação dos Mestrados em Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e de Xochimilco, no México, em 1974, e diversos outros departamentos.

Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e Juan Cesar Garcia

A OPAS foi a instituição que protagonizou a difusão do ensino da Medicina Preventiva na América Latina, tendo patrocinado a realização dos seminários de Viña del Mar (Chile) e Tehuacan (México), na década de 1950 (OPS, 1976). Posteriormente, apoiou e promoveu o desenvolvimento da denominada Medicina Social Latino-Americana, principalmente devido à atuação de Juan Cesar Garcia, médico e sociólogo argentino (Nunes, 1989).

Garcia não apenas formulou as linhas gerais de um programa de estudos e ação, mas também desempenhou o papel de liderança política, tendo mobilizado recursos institucionais para apoiar os programas emergentes de medicina preventiva e introduzir neles o ensino das ciências sociais em saúde de abordagem histórico-estrutural (Spinelli *et al.*, 2012). A OPAS contou com o financiamento da Fundação Milbank nessas atividades. Seus programas visavam à formação de lideranças, permitindo que intelectuais críticos imprimissem a direção ao processo, cujas iniciativas eram vistas como inovadoras (Garcia, 1985).

Contradições da conjuntura política nacional

No período analisado, particularmente nos anos 1960 e 1970, havia no mundo uma experiência socialista em curso, e grande parte da intelectualidade latino-americana era marxista. No Brasil, os partidos com essa orientação política tinham projetos de transformação socialista da sociedade, seja pela via da reforma, seja pela via da revolução. A Medicina Social, inspirada nos movimentos reformistas e revolucionários franceses do século XIX, conforme mencionado anteriormente, aparecia como um projeto alternativo.

A maioria dos fundadores da Saúde Coletiva teve participação atuante nas lutas pela democratização do país e contribuiu para a construção de um movimento com ampla participação de diversos grupos sociais – a Reforma Sanitária Brasileira (Paim, 2008; Escorel, 1999). As principais ideias acerca do que seria a Medicina Social latino-americana ocorreram nos anos 1960 e, segundo Garcia, sofreram influência do clima de contestação de 1968 (Garcia, 1985).

Por outro lado, durante o Governo Geisel, em um contexto de crise econômica e crescente insatisfação social, foi formulado o II Plano Nacional de Desenvolvi-

mento (II PND), que propunha explicitamente a redistribuição indireta de renda mediante a oferta de bens e serviços sociais. Além disso, foi feito um investimento no desenvolvimento da pesquisa e pós-graduação por intermédio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico (CNPq) e da Finep, que desenvolveu linha de financiamento para programas sociais, entre os quais estava a saúde. Um desses programas, o Programa de Apoio ao Desenvolvimento Social, estimulou a formulação de três programas importantes para a constituição da Saúde Coletiva: o Programa de Estudos Socioeconômicos em Saúde (PESES), o Programa de Estudos e Pesquisas Populacionais e Epidemiológicas (PEPPE) e o programa de apoio à pós-graduação em Medicina Social do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) (Ribeiro, 1991).

DESENVOLVIMENTO DA SAÚDE COLETIVA

A evolução da Saúde Coletiva brasileira, desde o ano da fundação da ABRASCO, em 1979, da qual participaram os seis Programas de Pós-graduação então existentes, até a realização da avaliação trienal pela CAPES referente ao período 2007-2009, revela uma expansão e consolidação dessa área. Em 2009, existiam 48 programas de Pós-graduação em Saúde Coletiva, contando com 944 docentes (Brasil, 2012a). Destes, 20 programas obtiveram conceitos 7, 6 e 5, o que corresponde a critérios de excelência nacional e internacional. Três anos depois, em 2012, já existiam 68 programas de Pós-graduação em Saúde Coletiva recomendados pela CAPES (Brasil, 2012b).

Quando se analisa a formação acadêmica dos docentes desses programas, verifica-se que, embora a maioria tenha graduação em medicina, é crescente, ao longo dos anos, a participação de outras profissões da área da saúde, em particular da enfermagem, nutrição, psicologia, odontologia e fisioterapia. O conjunto das áreas relacionadas com as ciências humanas e sociais (sociologia, história, política e outros) ocupa também importante posição desde o início de sua constituição³.

A criação dos cursos de graduação em Saúde Coletiva, recentemente, ocorreu como um produto desse processo. Em 2002, realizou-se em Salvador um seminário em que foram discutidas a pertinência e as possibilidades de criação de uma graduação em Saúde Coletiva. Esse seminário, organizado pelo Instituto de Saúde Coletiva (ISC/UFBA), reuniu diversas instituições, como Ministério da Saúde (MS), ABRASCO e Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), além de docentes de várias universidades (Bosi & Paim, 2010). Naquele momento de expansão e desenvolvimento do SUS, estimativas eram feitas acerca da existência de milhares de postos de tra-

balho que demandavam os saberes próprios e específicos da Saúde Coletiva, particularmente aqueles relacionados com a epidemiologia, a gestão de sistemas de saúde e a coordenação de processos grupais e participativos.

Desse modo, iniciou-se um debate sobre a profissionalização em Saúde Coletiva (Bosi & Paim, 2010). Em 2012 existiam seis cursos de graduação (bacharelado) credenciados junto ao MEC com a denominação de Saúde Coletiva (UNB, UFMT, UFBA, UFAC, UFPR, UFRJ) e dois com a designação de Gestão em Saúde Ambiental (UFU e FMABC) (Brasil, 2012c). Desses cursos, a primeira turma a colar grau foi a da Universidade Federal do Acre, em agosto de 2012.

A Saúde Coletiva brasileira consolidou-se como espaço *multiprofissional* (que reúne diversas profissões) e *interdisciplinar* (que exige a integração de saberes de diferentes disciplinas). Seu desenvolvimento, tanto teórico como no que diz respeito ao âmbito das práticas correspondentes, tende a ultrapassar as fronteiras disciplinares. Nessa perspectiva, sua evolução tem sido na direção de um *campo*, no sentido concebido pelo sociólogo Pierre Bourdieu⁴, que corresponde a um microcosmo social relativamente autônomo, com objeto específico – a saúde no âmbito dos grupos e classes sociais e com práticas também específicas, voltadas para a análise de situações de saúde que incorpora o conhecimento produzido sobre os determinantes sociais e biológicos da saúde-doença, a formulação de políticas e a gestão de processos voltados para o controle desses problemas no nível populacional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: RELAÇÕES ENTRE A SAÚDE COLETIVA, A REFORMA SANITÁRIA E O SUS

Como conclusões deste capítulo, é possível destacar que a Saúde Coletiva no Brasil apresenta a peculiaridade de ser construída a partir de uma conjuntura na qual a questão democrática era debatida pela sociedade civil, especialmente por movimentos sociais, incluindo os segmentos popular, estudantil, sindical e de classe média (intelectuais, profissionais de saúde, artistas, advogados etc.), além da academia (universidades, institutos de pesquisa e escolas de saúde pública). Essas forças, ao mesmo tempo que combatiam a ditadura, defendiam a democratização do Estado e da sociedade, bem como o resgate da dívida social acumulada em períodos de crescimento econômico, quando o Produto Interno Bruto (PIB) crescia, em média, 10% ao ano (1968-1973).

Destaca-se naquela conjuntura o movimento pela democratização da saúde, conhecido como Movimento da Reforma Sanitária ou “movimento sanitário”, que pro-

³Vieira-da-Silva *et al.*, 2011. O Espaço da Saúde Coletiva. Relatório de pesquisa. ISC/UFBA.

⁴Veja o Capítulo 38, no qual esse problema é discutido.

punha o reconhecimento do direito à saúde como inerente à conquista da cidadania. Tem como marco a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), em 1976, que promoveu debates e a divulgação de textos, socializando o conhecimento crítico produzido por departamentos de medicina preventiva e social, escolas de saúde pública e programas de pós-graduação e pesquisa. Este conhecimento crítico não só apontava para a degradação das condições de vida e da saúde da população brasileira, mas procurava explicar a determinação social do processo saúde/doença e da organização das práticas de saúde.

Muitos professores, pesquisadores e estudantes de graduação e pós-graduação envolvidos em atividades de ensino, pesquisa e extensão, junto aos segmentos populares e dos trabalhadores, também participavam do movimento sanitário. Propuseram, desde 1979 e por meio do Cebes, a criação do SUS, com caráter público, descentralizado, integral, democrático e com uma gestão participativa. Da perspectiva acadêmica realizaram uma crítica aos limites da Medicina Preventiva, da Medicina Comunitária, da Saúde Pública e da Medicina da Família (Paim, 2006). Surgiu daí a Saúde Coletiva, como a possibilidade de construir algo novo, seja no conhecimento, seja nas ações de saúde, inicialmente apenas como uma designação alternativa mas, progressivamente, como a construção de um campo interdisciplinar e âmbito de práticas.

Conseqüentemente, esse “algo novo” já surge articulado à ideia da Reforma Sanitária. Muitos dos formuladores da Saúde Coletiva também foram construtores e militantes da RSB. O Cebes, como um de seus sujeitos coletivos, utilizou a revista *Saúde em Debate* e a publicação de livros para divulgar muito do conhecimento produzido nas instituições acadêmicas, bem como as experiências dos serviços de saúde e das comunidades organizadas em defesa do direito à saúde. E a criação da ABRASCO veio somar esforços pela concretização da RSB. Assim, essa associação e seus docentes e pesquisadores contribuíram com a elaboração de textos e palestras para a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, destacando-se o documento de referência intitulado “Pelo Direito Universal à Saúde”. Do mesmo modo, tiveram um importante protagonismo no processo de elaboração da Constituição de 1988 na temática da saúde, bem como na aprovação das leis 8.080/90 e 8.142/90, que estabeleceram, respectivamente, a organização do SUS e o controle social mediante conferências e conselhos de saúde.

Diversos autores sugerem, portanto, uma forte articulação entre o campo da Saúde Coletiva e a RSB, pelo menos em sua origem e na conjuntura de transição democrática. Ainda que a ABRASCO, enquanto “porta-voz” do campo, mantenha-se nas três últimas décadas

como sujeito coletivo atuando em prol da consolidação do SUS, na dependência da composição de suas diretorias e da correlação de forças presente nas conjunturas, há indagações sobre a permanência desse vínculo orgânico entre a Saúde Coletiva e a RSB.

Quando a RSB foi investigada como *ideia, proposta, projeto, movimento* e *processo* (Paim, 2008), foi possível identificar indícios dessa organicidade, pois o estudo, indiretamente, abordava e refletia sobre um campo em emergência – a Saúde Coletiva.

Na contemporaneidade, pode-se afirmar que a Saúde Coletiva instituiu-se, consolidando espaço específico e autônomo, e como tal, vive em contínuo processo de reafirmar-se socialmente. Mas reafirmar-se, reproduzindo os valores e as perspectivas históricas que animaram sua criação, é também estar envolto em novos questionamentos a exigirem sua renovação, reapresentando-se novamente como campo capaz de propor “algo novo” (Schraiber, 2008). O vínculo com a Reforma Sanitária conquistado em suas raízes históricas e o sistema de saúde existente são hoje parte desses questionamentos: de que modo eles ainda estariam representando “algo novo”? Para além da Reforma Sanitária e do SUS, essa indagação igualmente perpassa o conjunto das conquistas da Saúde Coletiva, expressando a tensão entre o que já se tornou uma tradição, seu corpo constituído de saberes e práticas, e novos desafios, por fazer mais e melhor em torno do conquistado, reinventando-se como campo.

Trata-se, portanto, de formular novas perguntas para que este “novo” seja sempre posto em questão, ou para confrontar com o tradicional, evitando certas restaurações, ou para realizar pesquisas e reflexões que fundamentem a práxis transformadora de sujeitos individuais e coletivos.

Referências

- ABRASCO. Ensino da saúde pública, medicina preventiva e social no Brasil. Rio de Janeiro, Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde, UFRJ, Centro Latino-Americano de Tecnologia Educacional para a Saúde (Organização Panamericana da Saúde). Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, 1982.
- Arouca ASS. O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo-Rio de Janeiro: Ed. UNESP-Ed. Fiocruz, 2003.
- Bosi MLM, Paim JS. Graduação em Saúde Coletiva: limites e possibilidades como estratégia de formação profissional. *Ciência e Saúde Coletiva* (Impresso) 2010; 15:2029-38.
- Brasil. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) – Planilhas comparativas da Avaliação Trienal 2010. Saúde Coletiva. 2012a. On line. Disponível em: <http://www.capes.gov.br/component/content/article/44-avaliacao/4355-planilhas-comparativas-da-avaliacao-trienal-2010>. Acessado em: 7/8/12.
- Brasil. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Mestrados/Doutorados Reconhecidos segundo área de avaliação. 2012b. On line. Disponível em:

- quisarArea&codigoGrandeArea=40000001&descricaoGrandeArea=CI%CANCIAS+DA+SA%DADE+. Acessado em: 7/8/12.
- Brasil. Ministério da Educação e Cultura (MEC). Instituições de Educação Superior e Cursos Cadastrados. On line. Disponível em: <http://emec.mec.gov.br>. Acessado em: 7/8/12.
- Donnangelo MCF. A pesquisa em Saúde Coletiva no Brasil – a década de 70. In: ABRASCO (ed.) Ensino da Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil. Rio de Janeiro: Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde, UFRJ. Centro Latino-Americano de Tecnologia Educacional para a Saúde (Organização Panamericana da Saúde). Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, 1983; 19-35.
- Engels F. A situação da classe trabalhadora na Inglaterra. São Paulo: Boitempo, 2008 [1845].
- Scorel S. Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário, Rio de Janeiro, Fiocruz, 1999.
- Faria LR. O Instituto de Higiene: contribuição à história da ciência e da administração da saúde em São Paulo. *Physis, Revista de Saúde Coletiva* 1999; 9:175-208.
- Fee E. Public Health and the State: the United States. In: Porter D (ed.) *The History of Public Health and the Modern State*. Amsterdam-Atlanta: *Clio Medica* 1994; 26:224-75.
- Flexner A. Medical Education in the United States and Canada. A report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. New York: Carnegie Foundation for The Advancement of Teaching; Boston: D.B. UPDIKE the Merrymount Press (Bulletin 4). 1910.
- Flexner A. La formation du médecin en Europe e aux États-Unis: étude comparative. Paris: Masson ET Cie, 1927.
- Foucault M. O nascimento da medicina social. In: Foucault M (ed.) *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979:79-98.
- Garcia JC. La educación medica em la América Latina. Washington, D.C., OPS (Publicación científica, 255). 1972.
- Garcia JC. Juan Cesar Garcia entrevista Juan Cesar Garcia. In: Nunes ED (ed.) *As ciências sociais em saúde na América Latina: tendências e perspectivas*. Brasília: OPAS, 1985; 21-8.
- Lima NT, Fonseca CMO, Hochman G. A saúde na construção do Estado Nacional no Brasil: reforma sanitária em perspectiva histórica. In: Lima NT, Gershman S, Edler FC, Suarez JM. (eds.) *Saúde e democracia. História e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005:27-58.
- Luz MT. Natural, racional, social – Razão médica e racionalidade científica moderna. Rio de Janeiro: Ed. Campus, 1988.
- Magaldi MC, Cordeiro H. Estado atual do ensino e da pesquisa em saúde coletiva no Brasil In: ABRASCO (ed.) *Ensino da Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil*. Rio de Janeiro: PEC/ENSP Programa de Educação Continuada da Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, 1983:37-59.
- Nogueira RP. Do físico ao médico moderno: a formação social da prática médica, São Paulo: Ed. UNESP, 2007.
- Nunes ED (ed.) *As ciencias sociais em saúde na América Latina: Tendências e Perspectivas*. Brasília: OPS, 1985.
- Nunes ED. As contribuições de Juan Cesar Garcia às ciências sociais em saúde. In: Nunes ED (ed.) *Juan Cesar Garcia. Pensamento social em saúde na América Latina*. São Paulo: Cortez, 1989:11-33.
- OPS. Enseñanza de la medicina preventiva y social – 20 años de experiencia latinoamericana. Washington, D.C.: Organization Panamericana de la Salud (OPS) Publ. Cient. 234, 1976.
- Paim JS. Políticas de saúde no Brasil. In: Rouquayrol MZ, Almeida-Filho ND (eds.) *Epidemiologia e saúde*. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003:587-603.
- Paim JS. Desafios para a saúde coletiva no século XXI. Salvador: EDUFBA, 2006.
- Paim JS. Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador/Rio de Janeiro: EDUFBA/Fiocruz, 2008.
- Ribeiro P. A instituição do campo científico da saúde coletiva no Brasil (1975:1978). Master, Fundação Oswaldo Cruz, 1991.
- Rosen G. Da polícia médica à medicina social. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- Rosen G. A evolução da Medicina Social. In: Nunes EDO (ed.) *Textos, medicina social. Aspectos históricos e teóricos*. São Paulo: Global, 1983:25-82.
- Rosen G. Uma história da saúde pública, São Paulo: Hucitec-UNESP, 1994 [1958].
- Schraiber LB. Educação médica e capitalismo, São Paulo-SP: Hucitec, 1989.
- Schraiber LB. Prefácio Saúde Coletiva: um campo vivo. Salvador, Rio de Janeiro: Edufba-Editora Fiocruz 2008:9-20.
- Trindade EMDC. Modèles et emprunts: l'hygiénisme au Brésil (fin XIX e début XX e siècles). In: Bourdelais P. (ed.) *Les Hygiénistes: enjeux, modèles et pratiques*. Paris: Belin, 2001:267-95.
- Vigarello G. Le propre et le sale. L'Hygiène du corps depuis le Moyen Age. Paris: Éditions du Seuil, 1985.
- Winslow CEA. The untilled fields of Public Health. *Science* 1920; 51:23-33.