



Saúde e Sociedade

ISSN: 0104-1290

saudesoc@usp.br

Universidade de São Paulo

Brasil

Osmo, Alan; Schraiber, Lilia Blima

O campo da Saúde Coletiva no Brasil: definições e debates em sua constituição

Saúde e Sociedade, vol. 24, núm. 1, abril-junio, 2015, pp. 205-218

Universidade de São Paulo

São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406263650020>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

re²alyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

O campo da Saúde Coletiva no Brasil: definições e debates em sua constituição¹

The field of Collective Health in Brazil: definitions and debates on its constitution

Alan Osmo

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Departamento de Medicina Preventiva. Programa de Aprimoramento Profissional em Saúde Coletiva. São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: alan.osmo@usp.br

Lilia Blima Schraiber

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Departamento de Medicina Preventiva. São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: liliabli@usp.br

Resumo

A Saúde Coletiva pode, em um primeiro contato, parecer bastante múltipla e fragmentada. Buscando compreender melhor o que a define como conhecimento e atuação na sociedade, realizou-se uma recuperação de natureza teórica das considerações históricas e epistemológicas desenvolvidas por pesquisadores dedicados a caracterizá-la como campo científico e social. Primeiro, com base nessa produção bibliográfica, foi feita uma breve caracterização da emergência da Saúde Coletiva. É de se destacar que suas origens situam-se no final da década de 1970, em um contexto no qual o Brasil estava vivendo uma ditadura militar. A Saúde Coletiva nasce, nesse período, vinculada à luta pela democracia e ao movimento da Reforma Sanitária. Apontam-se as influências do preventivismo e da medicina social em sua constituição. Ao longo deste estudo, foram exploradas distintas tentativas de sua delimitação como campo de saberes e de práticas. Buscou-se apresentar a Saúde Coletiva não com uma definição única, mas considerando a multiplicidade de construções encontradas, o que permite apontar para uma identidade de difícil elaboração e ainda em desenvolvimento.

Palavras-chave: Saúde Coletiva; Medicina Social; Domínios Científicos; Conhecimento.

Correspondência

Lilia Blima Schraiber

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Departamento de Medicina Preventiva.

Av. dr. Arnaldo, 455, 2º andar. São Paulo, SP, Brasil. CEP 01246-903.

¹ Este artigo foi elaborado a partir de um trabalho, "O campo da Saúde Coletiva: definições e debates na sua constituição", anteriormente apresentado pelos autores no VI Congresso Brasileiro de Ciências Humanas e Sociais em Saúde, em 2013.

Abstract

At first sight, Collective Health might seem to be multiple and fragmented. Aiming to understand better what defines it as knowledge and activity in society, we made a theoretical review of historical and epistemological considerations developed by researchers who dedicated themselves to characterizing it as a scientific and social field. First, based on this literature, we provide a brief panorama of the emergence of Collective Health in Brazil. It is important to notice that its origins date back to the end of the 1970s, in a context in which Brazil was experiencing a military dictatorship. Collective Health emerges, at that moment, connected with the struggle for democracy and with the Health Reform movement. We show the influences of preventive medicine and social medicine in its constitution. Then, we explore different attempts to delimit it as field of knowledge and practice. We sought to present Collective Health not through one single definition, but taking into account the multiplicity of constructions about it that we found. This allows us to point to an identity of difficult development and that is still under construction.

Keywords: Collective Health; Public Health; Social Medicine; Scientific Domains; Knowledge.

Introdução

O que instigou a escolha do tema para este trabalho foi a percepção de que a Saúde Coletiva pode, em um primeiro contato, parecer bastante múltipla e fragmentada, tanto do ponto de vista teórico quanto do prático. Pretendendo, então, conhecê-la melhor, foi realizado um estudo a partir da produção em Saúde Coletiva na tentativa de buscar respostas para as questões: O que caracteriza e define a Saúde Coletiva? O que a distingue de outros campos de conhecimento e intervenção?

Com a qualidade de uma primeira reflexão sobre essas questões, optamos por revisitar estudos que se dedicaram a pensá-la como um campo específico e que foram realizados por autores considerados referência na Saúde Coletiva, tanto por figurarem entre aqueles que participaram da elaboração e implantação da proposta de uma Saúde Coletiva no país, ao final dos anos 1970, quanto por serem pesquisadores da Epidemiologia, das Ciências Humanas e Sociais em saúde e também da Política, Planejamento e Gestão em saúde, que, desde esses distintos ramos da Saúde Coletiva, estudaram sua constituição.

A referência de que a Saúde Coletiva configura um “campo” é registrada em quase todas as publicações. Neste texto, manteremos essa referência seguindo Paim e Almeida Filho (1999, 2000), que, em suas reflexões sobre a Saúde Coletiva, caracterizam-na como “campo de conhecimento e âmbito próprio de práticas”: “A Saúde Coletiva pode ser considerada como um campo de conhecimento de natureza interdisciplinar cujas disciplinas básicas são a epidemiologia, o planejamento/administração de saúde e as ciências sociais em saúde” (Paim; Almeida Filho, 2000, p. 63).

No entanto, em recente publicação que examina a Saúde Coletiva, essa qualificação de “campo”, desde o início embasada pelo conceito cunhado por Pierre Bourdieu (1993), é relativizada, considerando que a Saúde Coletiva, ora denominada como “área”, ora como “espaço social”, aponta em seu desenvolvimento uma tendência para consolidar-se como um campo (Vieira da Silva; Paim; Schraiber, 2014).

Conhecendo essa questão em aberto, como um campo futuro ou consolidado, instigou-nos, sobretudo, a delimitação de uma identidade, científica

e prática, com base em seus conteúdos de saber e âmbitos de intervenção. Desse modo, buscamos, nessa mencionada revisita às publicações sobre a construção da Saúde Coletiva, explicitar quais domínios de competência se fala desde suas origens. Menos que uma revisão bibliográfica, portanto, este trabalho busca uma releitura de importantes discussões sobre a identidade da Saúde Coletiva.

Trata-se de um esforço para se ter uma clareza maior sobre o que constitui “o todo” da Saúde Coletiva, tentando superar uma possível visão fragmentária baseada nos diversos recortes disciplinares que a compõem, de modo, inclusive, a compreender melhor uma construção de sua identidade. Segundo Everardo Nunes (2005), tal esforço parece ser uma preocupação importante na própria história da Saúde Coletiva:

Recuperar a história e desvendar sua composição interna (episteme) tem sido uma das preocupações presentes em diversos trabalhos e análises que vêm acompanhando a própria construção da Saúde Coletiva no Brasil. Esse esforço tem estado presente desde os anos 80 e se estende até a atualidade, buscando fornecer os elementos que configurem nossa identidade e revelem quem somos, onde nos situamos, o que fazemos, quais os produtos de nossas práticas (p. 14).

O presente artigo está dividido em duas partes. A primeira faz uma breve apreciação sobre a constituição da Saúde Coletiva, tal como apresentada por autores do campo, em que damos destaque às correntes de pensamento em torno a processos saúde-doença em coletivos, como formas de aproximação distintas de uma saúde pública e com base no olhar cunhado pela medicina da modernidade. O modo como são articuladas questões da medicina e da saúde pública é a referência para a compreensão das questões que cercam o conteúdo disciplinar que a proposta da Saúde Coletiva abraçou. A nossa segunda parte explora contrastes entre distintas tentativas de definição da Saúde Coletiva. Tais contrastes também constam em textos de autores do campo, os quais trazem diferentes perspectivas de delimitação da Saúde Coletiva, já indicando em seu interior uma grande multiplicidade de correntes de pensamento acerca de suas definições como campo.

A constituição do campo da Saúde Coletiva

As origens do campo da Saúde Coletiva são situadas por Nunes (1994) na década de 1950. Vieira-da-Silva, Paim e Schraiber (2014) reforçam o final da década de 1970 utilizando como marco o surgimento do termo Saúde Coletiva no Brasil e a criação da associação civil que representaria o campo – a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco) –, não negando as raízes apontadas por Nunes em períodos anteriores. A Saúde Coletiva consolidou-se, então, com esse nome e com suas especificidades no Brasil. Apesar de o nome não ter sido adotado em outros países, muitos autores veem a Saúde Coletiva como parte de um movimento mais amplo da América Latina, como aponta o próprio Nunes (1994).

Com base em uma distinção entre “projeto” e “campo” de Saúde Coletiva, Nunes (1994) apresenta a emergência desse campo composta por três momentos: o primeiro, denominado fase pré-Saúde Coletiva, durou os primeiros quinze anos a partir de 1955, e foi marcado pela instauração do projeto preventivista; o segundo, que vai até o final dos anos 1970, é denominado fase da medicina social; o terceiro vai do final dos anos 1970 até pelo menos 1994, quando o autor escreveu o artigo *Saúde coletiva: história de uma ideia e de um conceito*. O autor considera este último segmento como sendo o período da Saúde Coletiva propriamente dita. Segundo Nunes (1994, p. 2), “a emergência desses projetos reflete, de um modo geral, o contexto socioeconômico e político-ideológico mais amplo, como também as sucessivas crises, presentes tanto no plano epistemológico, como das práticas de saúde e da formação de recursos humanos”.

Nesse sentido, Paim e Almeida Filho (1999) também alertam para a importância do contexto nas questões relativas ao campo do conhecimento. Esses autores, a partir de ideias de Kuhn e de Rorty, defendem que a construção do conhecimento científico não é produzida pelos investigadores de forma isolada, em abstrato, mas ocorre, sim, organizada institucionalmente, dentro da cultura, imersa na linguagem. A ciência seria, portanto, determinada social e historicamente. Os autores propõem que a

ciência deva ser entendida como uma prática social que tem fundamentos particulares, que se exerce em um processo de diálogo e de negociação destinado à produção de um consenso localizado e datado, baseado em uma certa solidariedade dos atuantes da comunidade científica.

A nosso ver, um importante aporte dessa periodização está em evidenciar o preventivismo e a medicina social como abordagens do processo saúde-doença em coletivos que podem ser reconhecidas como as raízes da proposta de Saúde Coletiva elaborada no Brasil e que tiveram influência na implantação institucional do campo.

A seguir, vamos caracterizar essas raízes para que se possa compreender a modalidade de proposição disciplinar e prática que constituíam.

O preventivismo

Segundo Paim e Almeida Filho (1998), na década de 1940, começou-se a diagnosticar nos Estados Unidos uma crise de determinada medicina, que estava extremamente especializada e fragmentada, o que ocasionava, também, um aumento dos custos relacionados às práticas médicas. Em resposta a isso, surgiram propostas de mudanças no ensino médico, incorporando nele uma ideia de prevenção. Essas propostas serviram de base para uma reforma dos currículos escolares dos cursos de medicina de várias faculdades norte-americanas na década de 1950. Organismos internacionais do campo da saúde aderiram à nova doutrina, que veio a ser chamada de Medicina Preventiva, ocorrendo, então, uma internacionalização dessa proposta.

Nunes (1994) aponta que a emergência do “projeto preventivista”, na América Latina, aconteceu na segunda metade dos anos 1950, nos seminários que se realizaram no Chile e no México, sob o patrocínio da Organização Pan-americana de Saúde (Opas). As reformas defendidas apareceram vinculadas a um plano pedagógico:

O grande saldo do período é a inclusão, no curso de graduação em medicina, de disciplinas e temas associados à epidemiologia, ciências da conduta, administração de serviços de saúde, bioestatística. Procurava-se, dessa forma, ao criticar a biologização do ensino, calcado em práticas individuais e centradas no hospital, não somente introduzir ou-

tros conhecimentos, mas fornecer uma visão mais completa do indivíduo (Nunes, 1994, p. 7).

O fato de que o ensino fosse pautado na especialização tornava a educação médica muito estilhaçada. Como reação a isso, buscou-se realizar propostas de mudanças no ensino, a fim de que o futuro profissional médico tivesse uma compreensão do indivíduo como um todo, acreditando-se que, assim, haveria uma recomposição do bio-psico-social que tinha sido fragmentado. O movimento social que originou a Medicina Preventiva como disciplina do currículo das escolas médicas denominou-se Medicina Integral, com o objetivo de buscar a recomposição das práticas especializadas (Schraiber, 1989). Dele, porém, resultou apenas a inclusão de uma única disciplina curricular, ainda que perpassasse diversos momentos da formação do médico, mas sem que outros projetos integradores além do ensino da prevenção fossem incorporados, quer na formação dos médicos, quer em termos de seus exercícios profissionais em serviços de saúde. Como apontou Schraiber (1989), essas propostas pretendiam uma reforma da prática médica, mas pressupunham que essa reforma seria alcançada pela formação do médico, como se cada médico em sua prática fosse o principal recurso transformador da forma de prestar assistência à população. Esse modo de olhar a reforma da prática médica foi bem caracterizado, como uma leitura liberal e individualizante das questões sociais, bastante próprio à cultura norte-americana relativamente ao papel do Estado na sociedade, por Arouca (2003) em publicação hoje considerada um marco para a Saúde Coletiva brasileira (Vieira da Silva; Paim; Schraiber, 2014).

Além da Medicina Preventiva, chegou na América Latina a Medicina Comunitária. Esta surgiu, na década de 1960, também nos Estados Unidos, em um período de intensa mobilização popular e intelectual em torno das questões sociais. Como mostraram Donnangelo e Pereira (1976), a Medicina Comunitária foi uma resposta à baixa cobertura de assistência médica aos mais pobres, tais como comunidades carentes de migrantes ou de estratos de baixa renda da sociedade norte-americana, e à baixa cobertura aos idosos, que, por estarem fora do mercado de trabalho, também ficavam sem acesso adequado aos serviços médicos. Diversos modelos de intervenção foram,

então, testados e institucionalizados sob a forma de movimentos organizados em comunidades urbanas, tendo como objetivo reduzir as tensões sociais nos guetos das principais cidades norte-americanas. No campo da saúde, houve a implantação de centros comunitários de saúde subsidiados pelo governo federal, que estavam destinados a efetuar ações preventivas e prestar cuidados básicos de saúde à população local (Paim; Almeida Filho, 1998).

Assim como na Medicina Preventiva, havia, na proposta da Medicina Comunitária, uma ênfase nas “ciências da conduta”. Nesse caso, entretanto, o conhecimento dos processos socioculturais e psicossociais destinava-se “a possibilitar a integração das equipes de saúde nas comunidades ‘problemáticas’, através da identificação e cooptação dos agentes e forças sociais locais para os programas de educação em saúde” (Paim; Almeida Filho, 1998, p. 304).

Os organismos internacionais do campo da saúde incorporaram, mais uma vez, o novo movimento ideológico comunitário e preventivista, traduzindo o seu corpo doutrinário às necessidades dos diferentes contextos em que poderia ser aplicado.

A Medicina Comunitária e a Medicina Preventiva, apesar de terem surgido em momentos diferentes nos Estados Unidos, chegaram, mais ou menos, ao mesmo tempo no Brasil (Donnangelo; Pereira 1976; Schraiber, 1989).

Medicina Social

O movimento da Medicina Social apareceu na América Latina no final da década de 1960 e no início da de 1970. Em seu centro está a discussão acerca da valorização do social enquanto esfera de determinação dos adoecimentos e possibilidades de saúde, na prevenção das doenças e na promoção da saúde, assim como esfera própria de intervenção, para além de, e em, uma articulação com a medicina como intervenção nos casos individuais (Vieira da Silva; Paim; Schraiber, 2014). Trata-se, pois, de um olhar alternativo à redução biomédica em que se estruturou o saber e a prática da medicina, ainda que com explorações diversas quanto ao sentido da valorização do social. Nesse sentido, a figura central para a América Latina, e com forte influência no Brasil, foi o médico e sociólogo argentino Juan Cesar Garcia por meio de sua atuação junto à Opas (Garcia, 1985; Nunes, 1983;

Vieira da Silva; Paim; Schraiber, 2014). Ao valorizar a presença do social na saúde, Garcia, assim como muitos dos pesquisadores brasileiros partícipes da construção da Saúde Coletiva, buscou referências em uma abordagem histórico-estrutural do social e não apenas assumiu uma presença segmentada do social tal como a abordagem isolada de elementos do meio ambiente e da própria população.

De outro lado, diversos autores, ao fazerem referência à Medicina Social, com os estudos que George Rosen fez sobre o assunto, valem-se do movimento que surge na Europa em meados do século XIX. A esse respeito, Nunes (1983) diz:

Este artigo de Rosen tem sido considerado de fundamental importância para a compreensão da medicina social e entre os pontos que levanta fica ressaltada a questão dos problemas sanitários, que se avolumam quando das transformações decorrentes do processo de industrialização (p. 19).

Rosen (1983) vai apontar que uma questão central na Europa, durante o século XIX, poderia ser explicitada em termos de qual orientação política o governo devia seguir a fim de aumentar o poder e a riqueza nacionais. Via-se como um dos principais meios a indústria. Em consequência disso, o trabalho passou a ser olhado pelos estadistas como um elemento essencial para gerar a riqueza nacional. Qualquer perda de produtividade no trabalho em relação à doença e morte era, nessa época, visto como um problema econômico significativo. Essa abordagem implicou na ideia de uma intervenção pública de caráter nacional para a saúde, que foi desenvolvida em diferentes direções, dependendo do país.

O primeiro lugar em que apareceu uma preocupação do Estado em relação aos problemas de saúde da população foi nos estados alemães, antes mesmo de se unificarem ou passarem pelo processo de industrialização, surgindo pela primeira vez a ideia de polícia médica. Sobre o termo, diz Rosen (1983), *Polizei*, em alemão, (*police*, em inglês), deriva da palavra grega *politeia*. A teoria e prática da administração pública veio a ser conhecida ao longo do século XVIII, nos estados alemães, como *Polizeiwissenschaft* (*a science of police*) e o ramo que trata da administração da saúde como *Medizinalpolizei* (*medical police*).

O desenvolvimento da teoria e prática da administração pública estava intimamente relacionado aos interesses do Estado absolutista. Alcançou-se aí uma sistematização de pensamento e comportamento administrativo que atribuía ao Estado absoluto as atividades de bem-estar. Ficava, entretanto, a cargo do legislador determinar qual era o maior bem-estar, de modo que o Estado tinha o poder de intervir nos assuntos dos indivíduos visando o interesse geral. O desenvolvimento e aplicação do conceito de “polícia médica” foi uma tentativa pioneira de um exame metódico e preciso dos problemas de saúde do ponto de vista social. No princípio e na metade do século XIX, foi na França que esse tipo de estudo se desenvolveu teoricamente. Na França, todavia, o conceito de polícia médica não foi aceito amplamente (Rosen, 1983).

No contexto da Revolução Francesa, problemas de saúde e de bem-estar haviam sido pensados pelos governos revolucionários. Chegou-se, inclusive, a uma tentativa de se estabelecer um sistema nacional de assistência social, que incluía atenção médica. Apesar de isso não ter avançado, algumas das ideias e objetivos do período iriam influir profundamente na França da primeira metade do século XIX. “Ideias de serviço público e utilidade social forneceram a semente da qual germinaram novas ideias sobre a relação entre saúde, medicina e sociedade” (Rosen, 1983, p. 43).

Durante a primeira metade do século XIX, houve na França um fecundo cruzamento entre a filosofia social e a medicina. “Como resultado, a medicina francesa esteve permeada, em grau considerável, com o espírito de mudança social” (Rosen, 1983, p. 46). O contato com as novas condições de vida decorrentes do processo de industrialização, como a condição dos trabalhadores e a realidade social em que viviam, fez emergir novas ideias no campo da saúde em suas relações com a sociedade. Desse cenário, germinou a ideia de Medicina Social. Jules Guérin foi um dos primeiros autores a utilizar esse termo, em 1848.

Nunes (2007) enfatiza que foi em um contexto revolucionário, ocorrido na década de 1840, que muitos médicos, filósofos e pensadores assumiram o caráter social da medicina e da doença. As ideias e propostas que tinham progredido na França, antes e durante o movimento revolucionário de 1848,

se espalharam pela Alemanha. Entre os principais nomes do movimento alemão, que assume então a Medicina Social e não a Polícia Médica como proposta de intervenção nacional, estavam Neumann e Virchow. Neumann, em 1847 (apud Rosen, 1983, p. 50), afirma que “a ciência médica é intrínseca e essencialmente uma ciência social e, enquanto isto não for reconhecido na prática, não seremos capazes de desfrutar de seus benefícios e teremos que nos satisfazer com um vazio e uma mistificação”.

Os proponentes da ideia da medicina como uma ciência social empregavam-na como uma formulação conceitual sob a qual resumiam princípios definidos:

O primeiro destes princípios é que a saúde das pessoas é um assunto societário direto e que a sociedade tem a obrigação de proteger e assegurar a saúde de seus membros [...]. O segundo, como notou Neumann, é que as condições sociais e econômicas têm um importante e – em muitos casos – crucial impacto sobre a saúde e a doença e que estas relações devem ser submetidas à investigação científica [...]. O terceiro princípio, que se segue logicamente, é que os passos tomados para promover a saúde e combater a doença devem ser tanto sociais como médicos (Rosen, 1983, p. 51-52).

A influência de toda essa formulação na Saúde Coletiva brasileira pode ser vista, por exemplo, no fato de esses princípios terem sido revisitados no Brasil na VIII Conferência Nacional de Saúde, em uma releitura própria ao contexto histórico dos anos 1980 e para a realidade de um país periférico ao desenvolvimento capitalista. Portanto, são princípios que, enquanto conexões entre a medicina e o social, vão influenciar a reforma sanitária brasileira.

O processo revolucionário da década de 1840, entretanto, foi derrotado na Alemanha, assim como na França, e com isso o movimento de reforma médica terminou rapidamente (Rosen, 1983). Durante as décadas seguintes, a ampla proposta de reforma transformou-se em um programa limitado. A ideia de medicina social foi aparecer novamente em uma reunião convocada pela Organização Mundial de Saúde, OMS, em 1952, em Nancy, e depois, mais uma vez, em um documento da Opas, de 1974 (Nunes, 1994).

O final da década de 1960 e início da década de

1970 foram anos extremamente férteis em discussões teóricas sobre as relações saúde-sociedade. Houve bastante influência de discussões oriundas de autores das ciências humanas, sendo um marco nesse sentido a conferência de Michel Foucault, em 1974, no Rio de Janeiro, sobre as origens da Medicina Social (Nunes, 2005), já rediscutindo o conteúdo significativo desse termo. De acordo com Paim (1992), nesse momento, observou-se no Brasil e no restante da América Latina uma produção teórica importante, que reconhecia os vínculos das práticas de saúde com a totalidade social. Nesse sentido, as contribuições das ciências sociais ao estudo da saúde foram fundamentais para alcançar o grau atual de sistematização dos conhecimentos no campo.

Sobre a proposta da medicina social, Sérgio Arouca vai dizer o seguinte:

A Medicina Social aparece, pois, com duas tendências; a primeira [...] movimento de modificação da medicina ligado à própria mudança de sociedade, ou [...] através de sua mudança institucional [...]; a segunda é uma tentativa de redefinir a posição e o lugar dos objetos dentro da medicina, de fazer demarcações conceituais, colocar em questão quadros teóricos, enfim, trata-se de um movimento ao nível da produção de conhecimentos que, reformulando as indagações básicas que possibilitaram a emergência da Medicina Preventiva, tenta definir um objeto de estudo nas relações entre o biológico e o psicossocial. A medicina social, elegendo como campo de investigação estas relações, tenta estabelecer uma ciência que se situa nos limites das ciências atuais (Arouca, 2003, p. 150).

Arouca aponta aqui duas dimensões da Medicina Social: a formulação de propostas de intervenção na vida social e na medicina baseadas na conexão saúde-sociedade e a proposta de estabelecer um ramo de estudos dessa específica conexão, seja nas questões de adoecimento, seja nas de produção da assistência médica e das práticas profissionais nos serviços. Além de uma crítica a certa medicina – cara, fragmentada e com poucos resultados para a saúde da população – estava em pauta também uma discussão em torno da extensão da cobertura dos serviços de saúde para a população. De acordo com Nunes (1994), assistia-se ao início da crise do

modelo de saúde pública desenvolvimentista, que havia postulado que um dos efeitos do crescimento econômico seria a melhora das condições de saúde. Isso é particularmente válido para o Brasil do período, que, apesar de passar por um momento de crescimento econômico, não via resultados disso refletidos nas condições de vida de sua população.

Nos anos 1970, houve, no âmbito internacional, um fortalecimento da discussão sobre a extensão da cobertura dos serviços de saúde, de modo que, na Assembleia Mundial de Saúde, em 1977, foi lançado o lema “Saúde para todos no ano 2000” (Paim; Almeida Filho, 1998). No Brasil, em um contexto marcado pelo recrudescimento das forças repressivas por parte de um Estado autoritário e pelo aumento das desigualdades sociais e piora das condições de vida de boa parte da população, foi-se tentando construir um campo de saber e de práticas inovadores na área da saúde.

Nunes (1983), fazendo referência a Laurell, diz que a reflexão crítica sobre a medicina e suas instituições, nos países latino-americanos, no período, pode ser vista como resposta a quatro grupos de questões: 1) a posição de classe explica muito melhor do que qualquer fator biológico a distribuição das doenças na população; 2) a crença de que as condições de saúde da população melhorariam como resultado do crescimento econômico se mostrou equivocada; 3) o desenvolvimento da atenção médico-hospitalar não implicou em um avanço significativo nos índices de saúde dos grupos cobertos por ela; e 4) a distribuição dos serviços de saúde entre os diferentes grupos e classes sociais não depende de considerações técnicas e científicas, mas, principalmente, de considerações políticas e econômicas.

A Saúde Coletiva

Paim e Almeida Filho (1998) apontam influências mútuas entre o desenvolvimento de um projeto de campo de conhecimento chamado Saúde Coletiva e os movimentos pela democratização no Brasil, especialmente o da reforma sanitária. Isso nos leva a ressaltar a importância em considerar o contexto histórico no qual apareceu a Saúde Coletiva, que foi o de um país vivendo sob um regime autoritário. Nesse sentido, pode-se afirmar que a

Aliança da Saúde Coletiva com a democracia e os direitos humanos e sociais deve-se ao fato histórico

de que se gesta o campo em plena década de turbulências sociais e movimentos reivindicatórios, dentro da luta contra a ditadura brasileira e pela reforma social (Schraiber, 2008, p. 15).

Essa reforma social inclui no projeto da Saúde Coletiva uma reforma sanitária. No Brasil, duas instituições surgem diretamente ligadas a esse projeto: o Cebes e a Abrasco. O Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) foi criado em 1976 “trazendo para discussão a questão da democratização da saúde e constituindo-se como um organizador da cultura capaz de reconstruir o pensamento em saúde” (Paim, 2008, p. 78). De acordo com Paim (2008), o Cebes é reconhecido como o primeiro protagonista institucionalizado do movimento sanitário brasileiro, desempenhando papel importante a partir da socialização da produção acadêmica crítica oriunda da então emergente Saúde Coletiva.

Dois momentos importantes na criação em 1979 da Associação Brasileira de Programas de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco) – hoje Associação Brasileira de Saúde Coletiva –, foram o I Encontro Nacional de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e a Reunião sub-Regional de Saúde Pública da Organização Pan-americana de Saúde/Associação Latinoamericana de Escuelas de Salud Pública (Opas/Alesp), ambos realizados em 1978. Eles tiveram como objetivo redefinir a formação de pessoal para a área da saúde, propondo uma associação que pudesse congregiar os interesses das instituições formadoras em nível de pós-graduação (Nunes, 1994).

O movimento da reforma sanitária brasileira, surgido em meados da década de 1970, tinha como principal bandeira a luta pela democratização da saúde. Paim (2008) defende que, muito além de um projeto de reforma setorial da saúde, constituía-se como um amplo projeto de reforma social:

[...] como uma reforma social centrada nos seguintes elementos constituintes: a) democratização da saúde, o que implica a elevação da consciência sanitária sobre saúde e seus determinantes e o reconhecimento do direito à saúde, inerente à cidadania, garantindo o acesso universal e igualitário ao Sistema Único de Saúde e participação social no estabelecimento de políticas e na gestão; b) democratização do Estado e seus aparelhos, respeitando

o pacto federativo, assegurando a descentralização do processo decisório e o controle social, bem como fomentando a ética e a transparência dos governos; c) democratização da sociedade alcançando os espaços da organização econômica e da cultura, seja na produção e distribuição justa da riqueza e do saber, seja na adoção de uma ‘totalidade de mudanças’, em torno de um conjunto de políticas públicas e práticas de saúde, seja mediante uma reforma intelectual e moral (Paim, 2008, p. 173).

Em um cenário de crise no setor da saúde na segunda metade da década de 1970 – apesar de haver um discurso oficial, por parte do governo, com maior abertura ao social –, as medidas adotadas foram muito limitadas diante dos determinantes dessa crise que “se expressava pela baixa eficácia da assistência médica, pelos altos custos do modelo médico-hospitalar e pela baixa cobertura dos serviços de saúde em função das necessidades da população” (Paim, 2008, p. 75). Nesse mesmo período, “ocorreu um renascimento dos movimentos sociais, envolvendo a classe trabalhadora, setores populares, intelectuais e profissionais da classe média” (Paim, 2008, p. 77). No âmbito da saúde, esses movimentos articularam-se, tornando-se forças sociais contrárias às políticas de saúde autoritárias e privatizantes.

Em relação aos fundamentos teóricos vinculados à proposta da reforma sanitária, Paim (2008) aponta que as concepções de saúde utilizadas foram elaboradas pelo seu braço acadêmico, ou seja, pelos departamentos de medicina preventiva e social e as escolas de saúde pública ou equivalentes. Havia, na década de 1970, bastante influência do movimento preventivista, que trazia as ideias da Medicina Integral. Porém, na medida em que as críticas das propostas de Medicina Preventiva e de Medicina Comunitária eram elaboradas, no Brasil e em outros países latino-americanos, parte dessas instituições acadêmicas passou a se inspirar na Medicina Social desenvolvida na Europa em meados do século XIX (Paim, 2008). A Saúde Coletiva apareceu no Brasil, então, como uma ruptura, a partir da crítica aos movimentos da medicina preventiva, comunitária e ao sanitarismo institucional (Paim, 1992).

Dois conceitos importantes como fundamento teórico para a reforma sanitária, desenvolvidos

pela produção acadêmica em Saúde Coletiva, foram: determinação social das doenças e processo de trabalho em saúde. Segundo Paim (2008), o “entendimento de que a saúde e a doença não podem ser explicadas exclusivamente pelas dimensões biológica e ecológica permitia alargar os horizontes de análise e de intervenção sobre a realidade” (p. 165). Ganhou força a compreensão dos fenômenos da saúde e da doença como determinados social e historicamente, sendo o materialismo histórico um importante fundamento epistemológico. A Medicina Social latino-americana, já alinhada nesse sentido, passou a ser, no período, uma corrente de pensamento crítico em relação à Saúde Pública dominante. Essa corrente orientou muitas das proposições do movimento da reforma sanitária relativas às políticas de saúde (Paim, 2008).

Um marco de grande importância na reforma sanitária brasileira foi a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. Essa foi a primeira conferência com ampla participação da sociedade civil, contando com “o protagonismo dos profissionais de saúde, trabalhadores e setores populares” (Paim, 2008, p. 99). A Abrasco elaborou um documento para embasar discussões nessa conferência, que acabou servindo de referência para textos e intervenções apresentados. O documento partia do reconhecimento de uma conjuntura de crise econômica com mudanças na ordem político-institucional e buscava revisar questões teórico-políticas, assim como recuperar princípios e diretrizes do movimento pela democratização da saúde; sublinhava que a saúde deveria ser vista como “fruto de um conjunto de condições de vida que vai além do setor dito de saúde” (Paim, 2008, p. 100); defendia a participação popular na política da saúde bem como o controle da sociedade sobre o aparelho estatal; e reconhecia a saúde como função pública.

Em um dos eixos da conferência, chamado “saúde como direito inerente à cidadania, aos direitos sociais e ao Estado”, nas discussões sobre as respostas sociais visando à ampliação do direito à saúde, foram destacados os movimentos sociais vinculados ao aparecimento da Medicina Social do século XIX. Foram, inclusive, retomados os princípios elaborados por Virchow e Neumann (Paim, 2008). Paim também afirma que a compreensão de

saúde presente nas proposições do relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) pode ser creditada à produção teórica sobre determinação social do processo saúde-doença, realizada por pesquisadores da área de Saúde Coletiva no Brasil e na América Latina desde a década de 1970, tendo elementos nesse sentido tais como: ampliação do conceito de saúde, reconhecimento da saúde como direito de todos e dever do Estado, criação do SUS, participação popular e constituição e ampliação do orçamento social.

Outro evento importante foi o I Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva (I Abrasco), cujo tema era “Reforma Sanitária e Constituinte: garantia do direito universal à saúde” e que aconteceu também no ano de 1986. Assim, o presidente da entidade definia a linha da atuação da Abrasco, naquela conjuntura:

A recente convocação da VIII CNS trouxe-nos a grande responsabilidade de dar continuidade a este processo e de contribuir tanto com o conhecimento técnico científico produzido na área de saúde coletiva, como na competência política de analisar criticamente certas conjunturas, mobilizar vontades, articular ações e iniciativas que levem adiante um projeto de transformações profundas e radicais para o setor saúde. É esta a responsabilidade, é este o compromisso que a Abrasco, ao organizar este congresso, quer dividir com todos os participantes (Paim, 2008, p. 128).

É possível observar, desse modo, um entrelaçamento, no período, entre outras, das instituições da Abrasco e do Cebes, com a produção teórica em Saúde Coletiva, no engajamento político em torno da reforma sanitária. Nesse sentido, Paim (2008) afirma que “a Saúde Coletiva apoiou teoricamente a RSB a partir do triedro ideologia, saber e prática, porquanto surgiu e se desenvolveu, enquanto campo científico, de forma vinculada à proposta e ao projeto da Reforma Sanitária” (p. 292). Para o autor, o campo da Saúde Coletiva apresenta rupturas fundamentais em termos políticos em relação ao da Saúde Pública, apesar de trazer ainda algumas continuidades.

A visão da saúde da população como resultante das formas de organização social de produção, tal como concebida pela Medicina Social e pela Saúde Coletiva, acabou sendo, por meio da reforma sanitá-

ria, assimilada pelo arcabouço legal no Brasil (Paim, 2008, p. 306). De acordo com Schraiber (2008), o campo da Saúde Coletiva instituiu-se como um projeto duplamente reformador: de um lado, na sua crítica às necessidades de saúde culturalmente dadas e ao modelo assistencial vigente em satisfazê-las “na assistência médica (modelo biomédico, liberal e privatizante da produção dos serviços e elitista no acesso) e na saúde pública (modelo da educação sanitária, de cunho liberal-individualizante no que concerne às práticas de prevenção)” (p. 13); de outro lado, na sua crítica à alienação da face tecnocientífica do campo.

Segundo a autora, o projeto do campo da Saúde Coletiva “se situa na tensão entre a crítica contracultural de ordem técnico-científica e a democratização dos modelos médico e sanitário cientificamente tradicionais” (Schraiber, 2008, p. 14). O campo foi sempre desenvolvido em compromisso com a democratização e com a luta pelos direitos humanos e sociais, em um compromisso, como disse Donnangelo (1983), com o coletivo desde sua origem:

Essa multiplicidade de objetos e de áreas de saber correspondentes – da ciência natural à ciência social – não é indiferente à permeabilidade aparentemente mais imediata desse campo a inflexões econômicas e político-ideológicas. O compromisso, ainda quando genérico e impreciso, com a noção de coletivo, implica a possibilidade de compromissos com manifestações particulares, histórico-concretas desse mesmo coletivo, dos quais a medicina ‘do indivíduo’ tem tentado se resguardar através do específico estatuto da cientificidade dos campos de conhecimento que a fundamentam (Donnangelo, 1983, p. 21).

Características e especificidades da Saúde Coletiva: tentativas de delimitação

Contemporaneamente, com o desenvolvimento da Saúde Coletiva e a emergência de um corpo bem constituído de produções científicas, observa-se também a importância em debater acerca de suas delimitações e competências. Uma primeira aproxi-

mação mostra que o campo da Saúde Coletiva, talvez por ser novo e existir apenas no Brasil, ou talvez por articular-se também em uma dimensão mais prática dos serviços de saúde, por vezes confundindo-se com essa dimensão de corte político-administrativo, carece de reflexões mais aprofundadas no campo epistemológico. De antemão, chama a atenção que é comum autores usarem como sinônimos, em um mesmo texto, os termos Saúde Coletiva e Saúde Pública, ou Saúde Coletiva e Medicina Social, ou ainda Saúde Coletiva e Epidemiologia.

É interessante que essa própria dificuldade em definir o campo da Saúde Coletiva foi tematizada por alguns autores. Assim, Nunes (2007) diz que muitas têm sido as tentativas de se definir a Saúde Coletiva, mas tornou-se difícil um consenso a respeito. O autor, fazendo referência a Stotz, atribui à interdisciplinaridade e às tensões epistemológicas internas ao campo a impossibilidade de uma teoria unificadora que explique o conjunto dos objetos de estudo. A dificuldade, portanto, de se definir o campo residiria no fato de “ser uma criação que transborda os limites disciplinares e que se apresenta na interface de áreas do conhecimento detentoras de especificidades teóricas e conceituais” (Nunes, 2005, p. 14). Poderíamos acrescentar também como possível fator para essa dificuldade a composição heterogênea, tanto institucional quanto profissional, dos autores da Saúde Coletiva, cujas pesquisas abarcam disciplinas diversas, como a Epidemiologia, as Ciências Sociais e Humanas, a Filosofia, ou a Administração.

Campos (2000) é bastante incisivo nas questões que coloca em relação ao campo: “[a] saúde coletiva teria criado um novo paradigma, negando e superando o da medicina e o da antiga saúde pública? A saúde coletiva corresponderia a todo o campo da saúde, ou apenas a uma parte?” (p. 220). E ainda: “qual a identidade da saúde coletiva? Ou seja, qual o seu núcleo de saberes e de práticas? [...] Quem é o agente que faz saúde coletiva? Haveria um agente especializado?” (p. 221) E, por último, o que a troca de nomes de saúde pública para saúde coletiva revelou de novo? “Que rupturas, de fato, aconteceram? O que existe de continuidade?” (p. 221).

Uma característica muito associada à Saúde Coletiva é a de ser um campo interdisciplinar (às vezes

seus autores usam o termo multidisciplinaridade, ou então transdisciplinaridade - não cabendo aqui entrar em discussão). Nunes (1994) destaca que o campo fundamenta-se na interdisciplinaridade como possibilitadora de um conhecimento ampliado de saúde e na multiprofissionalidade como forma de enfrentar a diversidade interna ao saber/fazer das práticas sanitárias. A Saúde Coletiva necessita pensar o geral e o específico. Para Birman (1991), o campo “admite no seu território uma diversidade de objetos e de discursos teóricos, sem reconhecer em relação a eles qualquer perspectiva hierárquica e valorativa” (p. 15).

Outra característica bastante destacada é o papel das Ciências Humanas nesse campo de conhecimento. Nesse sentido, Ayres (2002) apresenta a seguinte compreensão:

O campo da “saúde coletiva”, termo pelo qual estaremos nos referindo genericamente a um conjunto, na verdade muito amplo e contraditório, de disciplinas ocupadas do “social da saúde” (medicina social, medicina preventiva, saúde pública etc.), é, sabidamente, o principal polo de aglutinação e irradiação dessa renovada preocupação com as relações entre a saúde e sociedade no campo acadêmico (p. 26).

Segundo Birman (1991), a concepção de Saúde Coletiva “se constituiu através da crítica sistemática do universalismo naturalista do saber médico. Seu postulado fundamental afirma que a problemática da saúde é mais abrangente e complexa que a leitura realizada pela medicina” (p. 12).

Essa questão é bastante importante quando consideramos como o âmbito do social foi progressivamente silenciado, no campo da saúde, pelo discurso biomédico. A Saúde Coletiva teria, justamente, como uma de suas principais propostas resgatar o social. Ao traçar a história da epidemiologia em seu livro *Epidemiologia e emancipação*, Ayres (2002) apresenta como se deu esse processo de domesticação do social nas ciências da saúde.

Segundo esse autor, a partir de um dado momento histórico, os discursos predominantes acerca da saúde e da doença passaram “a traduzir os carecimentos humanos associados a esses conceitos em termos estritamente biológicos” (Ayres, 2002, p. 92). O social foi, então, incorporado meramente como ele-

mento secundário no processo saúde-doença, uma condição adjetiva, uma espécie de linha auxiliar de apreensão dos fenômenos que só adquirem positividade no organismo individual. Para Ayres (2002),

Desde o estabelecimento da hegemonia clínica no pensar e produzir saúde, os eventos extraorgânicos da doença e de seus determinantes passam a ser, no plano da construção do conhecimento, somente suporte lógico ou empírico para construções fisiopatológicas (p. 27).

A dimensão extraorgânica da doença passou a ser apenas um elo das relações de eficiência causal, do “determinismo exato” das ciências da saúde. O “irrequieto social” foi domado pelas variáveis morfofuncionais e físico-químicas do corpo: traduzida “pelo comportamento coletivo dessas qualidades empíricas, a determinação social da doença é aprisionada sob o inofensivo emblema de condicionante externo dos estados de saúde” (Ayres, 2002, p. 132).

A investigação em saúde na dimensão coletiva passou a distinguir, então, de um lado, grupos populacionais tomando por base características demográficas, e do outro lado, as variáveis morfofuncionais orgânicas. “O comportamento quantitativo dessas subpopulações torna-se os elementos necessários e suficientes para as inferências causais” (Ayres, 2002, p. 133). A natureza de um conhecimento assim gerado reveste-se de um ar de neutralidade, como se fosse uma forma universal de apreensão da realidade.

Ayres (2002), em sua crítica de como ocorreu esse processo, conclui: “Ao perder-se a dimensão social dos fenômenos coletivos de saúde em sua objetivação científica, perde-se, imediatamente, a possibilidade de abordar racionalmente sua substância propriamente pública” (p. 150). O discurso científico hegemônico tornou unidimensional a apreensão do espaço público da saúde, naturalizando-o.

Nesse sentido, a Saúde Coletiva, ao ter como uma de suas propostas a aproximação com as ciências humanas, busca reconfigurar o campo do social na saúde. Paim e Almeida Filho (1998) colocam como elementos significativos do campo “a superação do biologismo dominante, da naturalização da vida social, da sua submissão à clínica e da sua dependência ao modelo médico hegemônico” (p. 310).

A partir desse quadro, Paim e Almeida Filho (1998) propuseram compreender a Saúde Coletiva como um campo científico em que “se produzem saberes e conhecimentos acerca do objeto ‘saúde’ e onde operam distintas disciplinas que o contemplam sob vários ângulos” (p. 308). E também como um âmbito de práticas, em que “se realizam ações em diferentes organizações e instituições por diversos agentes (especializados ou não) dentro e fora do espaço convencionalmente reconhecido como ‘setor saúde’” (p. 308). Os autores preferiram adotar a visão da Saúde Coletiva como um campo interdisciplinar, e não como uma disciplina científica ou como uma ciência.

Sobre os pressupostos básicos do marco conceitual do campo, os autores fazem referência a um texto de Paim de 1982, ou seja, a um documento de um período em que a Saúde Coletiva ainda estava em nascimento. Paim e Almeida Filho retomam alguns dos pressupostos daquele texto:

- a) A Saúde, enquanto estado vital, setor de produção e campo de saber, está articulada à estrutura da sociedade através das suas instâncias econômica e político-ideológica, possuindo, portanto, uma historicidade.
- b) As ações de saúde (promoção, proteção, recuperação e 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 mesmos. O caráter interdisciplinar desse objeto sugere uma integração no plano do conhecimento e no plano da estratégia de reunir profissionais com múltiplas formações.
- d) 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 (Paim; Almeida Filho, 1998, p. 309).

A “delimitação provisória” do campo da Saúde Coletiva na qual Paim e Almeida Filho (1998) chegam, no mencionado artigo, é:

Enquanto campo de conhecimento, a saúde coletiva contribui com o estudo do fenômeno saúde/doença em populações enquanto processo social; investiga a produção e distribuição das doenças na sociedade como processos de produção e reprodução social; analisa as práticas de saúde (processo de trabalho) na sua articulação com as demais práticas sociais; procura compreender, enfim, as formas com que a sociedade identifica suas necessidades e problemas de saúde, busca sua explicação e se organiza para enfrentá-los (p. 309).

Tanto esses autores (Paim; Almeida Filho, 1998), quanto Nunes (1994), identificam na Saúde Coletiva três grupos disciplinares: a epidemiologia; as ciências sociais em saúde; e a política, planejamento e administração em saúde. São mencionadas ainda outras disciplinas complementares a essas.

Campos (2000), seguindo uma outra linha, vai defender que a Saúde Coletiva é um pedaço do campo da saúde. O autor quer contrapor-se a uma tendência que identifica em outros acadêmicos de confundir a Saúde Coletiva com todo o campo da Saúde. Tendência essa que contribuiria para a fragmentação e enfraquecimento da Saúde Coletiva enquanto campo de saber e de prática.

Campos (2000) propõe que o núcleo da Saúde Coletiva se constituiria no “apoio aos sistemas de saúde, à elaboração de políticas, e à construção de modelos”; na “produção de explicações para os processos saúde/enfermidade/intervenção”; e, talvez seu traço mais específico, na “produção de práticas de promoção e de prevenção de doenças” (p. 225).

A inserção da Saúde Coletiva no campo da saúde dar-se-ia, segundo sua proposta, em dois planos: no horizontal e no vertical. No plano horizontal, os saberes e práticas oriundos da Saúde Coletiva comporiam parte dos saberes e práticas de outras categorias e atores sociais. Assim, todas as profissões de saúde, em alguma medida, deveriam incorporar em sua formação e em sua prática elementos da Saúde Coletiva. “Nessa perspectiva, a missão da saúde coletiva seria a de influenciar a transformação de saberes e práticas de outros agentes, contribuindo para mudanças do modelo de atenção e da lógica com que funcionam os serviços de saúde em geral” (Campos, 2000, p. 225). No plano vertical, a Saúde Coletiva consistiria

em uma área específica de intervenção. “Uma área especializada e com valor de uso próprio, diferente da clínica ou de outras áreas de intervenção” (Campos, 2000, p. 225). Alguns problemas são levantados a partir disso, como: quem seria o agente da Saúde Coletiva? Haveria um curso básico de formação?

De todo modo, Campos (2000) defende que se combinem as perspectivas do plano horizontal e do plano vertical na Saúde Coletiva. Ou seja, que tanto se socialize os saberes e práticas da Saúde Coletiva quanto que se assegure a existência de especialistas que produzam saberes mais sofisticados na área e que possam intervir em situações mais complexas.

Chegamos, assim, ao final deste percurso ainda com muitas dúvidas. Neste caminho, nos pareceu que o campo da Saúde Coletiva pode não admitir apenas uma única definição sobre sua delimitação e caracterização. Talvez pelo fato de ser um campo bastante novo, houve nele ainda poucas cristalizações no sentido de se formarem culturas tradicionais, de modo que existe, em seu interior, uma grande pluralidade (e tensões) em termos disciplinares e epistemológicos.

Sempre em construção e muito podendo caminhar na produção e em termos de reflexão sobre a própria identidade, a Saúde Coletiva, como outros, constitui um “campo vivo” (Schraiber, 2008). Mas a dificuldade em encontrar elementos aglutinadores, tecendo pontos comuns, pode representar, por um lado, uma fragilidade, ainda que, por outro, tornar a Saúde Coletiva um campo sempre “aberto à incorporação de propostas inovadoras” (Paim; Almeida Filho, 1998, p. 312).

Referências

- AROUCA, A. S. S. O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo: Unesp; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.
- AYRES, J. R. Epidemiologia e emancipação. São Paulo: Hucitec, 2002.
- BIRMAN, J. A physis da saúde coletiva. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 7-11, 1991.
- CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 219-250, 2000.
- BOURDIEU, P. O campo científico. In: ORTIZ, R. (Org.). Pierre Bourdieu. São Paulo: Ática, 1993. p. 122-155.
- DONNANGELO, M. C. F. A pesquisa em saúde coletiva no Brasil: a década de 70. In: ABRASCO. Ensino da saúde pública, medicina preventiva e social no Brasil. Rio de Janeiro, 1983. v. 2, p. 17-35.
- DONNANGELO, M. C. F.; PEREIRA, L. Saúde e sociedade. São Paulo: Livraria Duas Cidades, 1976.
- GARCIA, J. C. Juan Cesar Garcia entrevista Juan Cesar Garcia. In: NUNES, E. D. (ed.). As ciências sociais em saúde na América Latina: tendências e perspectivas. Brasília, DF: OPS, 1985. p. 21-28.
- NUNES, E. D. (Org.). Medicina social: aspectos teóricos e históricos. São Paulo: Global, 1983.
- NUNES, E. D. Saúde coletiva: história de uma ideia e de um conceito. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 3, n. 2, p. 5-21, 1994.
- NUNES, E. D. Pós-graduação em saúde coletiva no Brasil: histórico e perspectivas. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 13-38, 2005.
- NUNES, E. D. Saúde coletiva: história recente, passado antigo. In: CAMPOS G. W. S. et al (Org.). Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. p. 19-39.
- PAIM, J. S. La salud colectiva y los desafíos de la práctica. In: OPS - ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate. Washington, DC, 1992. p. 151-160.
- PAIM, J. S. Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.
- PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. Saúde coletiva: uma “nova” saúde pública ou campo aberto a novos paradigmas? *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 299-316, 1998.
- PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva

en Latinoamérica. Cuadernos Médico Sociales, Rosario, v. 40, n. 75, p. 5-30, 1999.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva. Salvador: Casa da Qualidade, 2000.

ROSEN, G. A evolução da medicina social. In: NUNES, E. (Org.). Medicina social: aspectos teóricos e históricos. São Paulo: Global, 1983. p. 25-82.

SCHRAIBER, L. B. Educação médica e capitalismo: um estudo das relações educação e prática médica

na ordem social capitalista. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1989.

SCHRAIBER, L. B. Saúde coletiva: um campo vivo. In: PAIM, J. Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 9-19.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; PAIM, J. S.; SCHRAIBER, L. B. O que é saúde coletiva? In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. (Org.). Saúde coletiva: teoria e prática. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 3-12.

Contribuição dos autores

Os autores contribuíram igualmente na concepção, no levantamento do material bibliográfico e na redação final do artigo.

Recebido: 04/04/2014

Reapresentado: 22/08/2014

Aprovado: 12/09/2014