



Sociedade e Cultura

ISSN: 1415-8566

brmpechincha@hotmail.com

Universidade Federal de Goiás

Brasil

Sousa Campos, Gastão Wagner de
SAÚDE PÚBLICA E SAÚDE COLETIVA: CAMPO E NÚCLEO DE SABERES E PRÁTICAS
Sociedade e Cultura, vol. 3, núm. 1-2, enero-diciembre, 2000, pp. 51-74
Universidade Federal de Goiás
Goiania, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=70312129004>

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

redalyc.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

SAÚDE PÚBLICA E SAÚDE COLETIVA: CAMPO E NÚCLEO DE SABERES E PRÁTICAS

Gastão Wagner de Sousa Campos*

Resumo

O artigo discute o campo e o núcleo de saberes e de práticas da saúde coletiva a partir de uma metodologia dialética, pensando-a para além do positivismo e do estruturalismo e fazendo-se uma crítica a sua tendência de assumir posição de transcendência sobre o campo da saúde. A partir dessa análise, são elaboradas sugestões para debate, relacionadas centralmente com uma saúde coletiva entendida como uma construção sociohistórica de sujeitos concretos.

Palavras-chave: saúde pública; saúde coletiva; construtivismo.

Sinais de glória e sintomas de crise: algumas questões sobre a saúde coletiva

Repensar a saúde coletiva aproveitando-se da história e da tradição da saúde pública. Entendê-la tanto como um campo científico quanto como um movimento ideológico em aberto, conforme sugeriram Naomar Almeida Filho e Jairnilson S. Paim (1999). Um movimento que, sem dúvida, no Brasil, contribuiu decisivamente para a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) e para enriquecer a compreensão sobre os determinantes do processo saúde e doença. Mas também reconhecer que o modo como vem ocorrendo sua institucionalização tem bloqueado a reconstrução crítica de seus próprios saberes e práticas, provocando uma crise de identidade manifesta em sua fragmentação e diluição enquanto campo científico.

* Doutor em Saúde Coletiva e Chefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social da FCM/Unicamp.

Essa crise tem como sintomas uma série de dilemas que vêm sendo analisados pelos especialistas: a saúde coletiva haveria criado um novo paradigma, negando e superando o da medicina e o da antiga saúde pública? Saúde coletiva corresponderia a todo o campo da saúde, ou apenas a uma parte? A expansão do SUS provocaria um crescimento automático das práticas de saúde coletiva? Saúde pública abarcaria todo o sistema estatal de saúde, indicando o contrário de práticas privadas? Ou nomearia também uma profissão e um campo de práticas? A noção de produção social da saúde, central à saúde coletiva, seria oposta ou complementar à de história natural do processo saúde e doença, adotada pela clínica como modelo explicativo?

Mais do que buscar definições formais, importaria reconhecer que uma teoria e seus conceitos têm implicações, ainda que não absolutas, sobre as práticas sociais (Donnangelo, 1983; Bourdieu, 1983; Testa, 1983).

Busca-se, portanto, um método de reflexão para analisar a saúde coletiva não somente baseado em apriorismos teóricos, mas também em compromisso concreto com a produção de saúde. Já que a produção de saúde é função e finalidade essencial, sem a qual não se está autorizado a falar em trabalho em saúde. Nesse sentido, a ambigüidade e a ubiquidade do conceito de saúde coletiva têm também contribuído para a fragmentação e para o enfraquecimento do seu campo de saber e de práticas.

Admite-se hoje a inevitável existência de uma certa indefinição de limites entre as disciplinas. O mesmo ocorre com os campos de prática. Nesse sentido, quase todo campo científico ou de práticas seria interdisciplinar e multiprofissional. Guattari e Deleuze (1976) na filosofia, na política e na clínica; McNeill e Freiburger (1993) na matemática, assim como vários outros autores “pós-modernos”, têm criticado o sentido absoluto com que se tomam algumas noções, como a de dentro e fora, identidade e diferença, coletivo e individual, macro e micro etc. Mesmo concordando com esses pensadores, parece que essa indefinição de limites indicaria mais uma impossibilidade de fechar-se em copa do que a extinção, com a conseqüente fusão, de todas as disciplinas, profissões e especialidades.

Para escapar a esse paradoxo – ou o do isolamento paranóico ou aquele da fusão esquizofrênica –, um grupo de pesquisadores sugerimos alterações nos conceitos de núcleo e de campo (Campos et al., 1997). A

institucionalização dos saberes e sua organização em práticas dar-se-iam mediante a conformação de núcleos e de campos. Núcleo como uma aglutinação de conhecimentos em um saber e como a conformação de um determinado padrão concreto de compromisso com a produção de valores de uso. O núcleo demarcaria a identidade de uma área de saber e de prática profissional e o campo, um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina ou profissão buscaria em outras apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas (Campos, 2000).

Esses conceitos diferem da elaboração de Bourdieu (1983, 1992) sobre “campo e corpus”, já que se modificou o sentido polar e antagônico atribuído a esses dois termos. Para ele, um campo intelectual se conformaria como espaço aberto, ainda quando submetido a conflitos de origem externa e interna. Entretanto, verificar-se-ia o seu subsequente fechamento em disciplinas, os corpus, quando ocorreria a monopolização do saber e da gestão das práticas por agrupamentos de especialistas. A formação de disciplinas (corpus), no campo religioso, político ou científico, ocorreria com o fechamento ou institucionalização de parte do campo, com a conseqüente criação de aparelhos de controle sobre as práticas sociais.

Um núcleo, ao contrário, indicaria uma aglutinação, uma determinada concentração de saberes e de práticas, sem, contudo, passar-se um rompimento radical com a dinâmica do campo. Igual à noção de corpus, a de núcleo também reconhece a necessidade, e mesmo a inevitabilidade, de se construírem identidades sociais para as profissões e para os campos de saber, mas, ao contrário, sugere a possibilidade de que essa institucionalização poderia dar-se de modo mais flexível e aberto (Onocko, 1999). Enfim, não haveria como escapar à institucionalização do saber e à administração organizada das práticas sociais. Porém, poder-se-iam organizá-las de forma democrática, estruturando-as para que permaneçam abertas a distintos campos de influência. O conceito de corpus (disciplina) enfatiza a concentração de poder e a tendência de fechamento das instituições. O de núcleo valoriza a democratização das instituições, ou seja, uma dimensão socialmente construída, uma possibilidade e não uma ocorrência automática. Senão aos sujeitos não restaria outra opção do que a de permanecerem na desestruturação e informalidade dos campos em fase instituinte, ou se prenderem a disciplinas fechadas.

Tanto o núcleo quanto o campo seriam, pois, mutantes e se inter-influenciariam, não sendo possível detectar limites precisos entre um e outro. Contudo, no núcleo haveria uma aglutinação de saberes e práticas, compondo uma certa identidade profissional e disciplinar. Metaforicamente, os núcleos funcionariam em semelhança aos círculos concêntricos que se formam quando se atira um objeto em água parada. O campo seria a água e o seu contexto.

Nesse sentido, seria pertinente perguntar qual a identidade da saúde coletiva? Ou seja, qual o seu núcleo de saberes e de práticas? E mais, em que campo de interinfluência ela estaria mergulhada? Em decorrência, acrescem-se, àqueles citados, outros dilemas: quem é o agente que faz saúde coletiva? Haveria um agente especializado? Sem dúvida, médicos, a equipe de saúde, o governo, a comunidade, muitos, potencialmente, produzem saúde. Todos que produzem saúde seriam agentes da saúde coletiva ou da saúde pública? Haveria um núcleo de saber especializado e um agente específico, nuclearmente encarregado de produzir ações de saúde pública? Haveria possibilidade histórica concreta de que seu trabalho fosse requisitado?

Sim, autorizamos-nos a prosseguir com o esforço crítico de nossos mestres, que romperam com a tradição da saúde pública e fundaram a saúde coletiva. Apesar do que já se escreveu sobre essa mudança (Donnangelo, 1983; Nunes, 1986; Minayo, 1991; Paim, 1992), valeria ainda se debruçar novamente sobre o tema, perguntando-nos: o que aquela troca de nomes revelou de novo? Que rupturas, de fato, produziram-se? O que continuou? E talvez analisar algumas experiências da velha saúde pública sobre as quais o radicalismo inerente ao momento de fundação impediu-nos de um exame mais cuidadoso. Senão, por que, depois de tanto desenvolvimento teórico e da incorporação de uma sofisticada trama de categorias sociológicas, a saúde coletiva brasileira, ao propor modos de intervenção, viu-se, durante os anos 90, tributária, não da teoria crítica que construíramos, mas de um pensamento sistêmico bastante pragmático e instrumental, muito à moda e ao gosto dos anglo-saxões?

A saúde coletiva para além do positivismo, do estruturalismo e de uma posição de transcendência sobre o campo da saúde

Com certeza, não caberia abandonar a trilha dos fundadores, mas seguir-lhes as pegadas. Afinal foram pioneiros na crítica ao positivismo,

constitutivo básico das práticas sanitárias tradicionais. Para Antônio Ivo de Carvalho (1996), a saúde coletiva nasceu da crítica ao positivismo e “[...] à saúde pública tradicional, constituída à imagem e semelhança da tecnociência e do modelo biomédico”. Pois bem, apesar dessa origem, nota-se o recrudescer de um certo neopositivismo, advogando-se como método de trabalho versões mais ou menos sofisticadas da teoria de sistemas (OPS, 1992; Barata & Barreto, 1996).

Quer pela insuficiência do pensamento social incorporado à saúde coletiva para impulsionar práticas e projetos sanitários concretos, quer pela pressão exercida pelas agências financiadoras e pela própria instituição universitária no sentido de que a saúde coletiva adote normas e procedimentos comuns, ou bastante assemelhados, à medicina em particular ou à tecnociência em geral, por uma ou outra razão, observa-se um crescimento de prestígio do objetivismo na produção científica da área. Rever as relações entre sujeito e objeto (Carvalho, 1996) continua ainda sendo uma tarefa crítica contemporânea, portanto.

Everardo D. Nunes (1996) descreveu que o termo saúde coletiva passou a ser utilizado, no Brasil, em 1979, quando um grupo de profissionais, oriundo da saúde pública e da medicina preventiva e social, procurou fundar um campo científico com uma orientação teórica, metodológica e política que privilegiava o social como categoria analítica. Saul Franco e Everardo Nunes (1991), ainda reconhecendo o papel decisivo do movimento da saúde coletiva, no Brasil e em outros países da América do Sul, na incorporação do social à temática da saúde, não deixaram de apontar que “tampouco esta expressão tem podido resolver totalmente a insuficiência das denominações em questão”.

Para Antônio Ivo de Carvalho (1996), a saúde coletiva, ao incorporar o social ao pensamento sanitário, tendeu a fazê-lo segundo cânones objetivistas preconizados pela escola estruturalista e pela tradição marxista: “a subjetividade aqui admitida é aquela que brota da necessidade coletiva e que se organiza em sujeitos coletivos – no Estado, no partido, nas organizações classistas e comunitárias [...]”.

De fato, apesar de autores tão influentes como Mario Testa (1993) e Cecília Donnangelo (1976) haverem divulgado análise em que a saúde pública aparecia como construção histórica e o exercício profissional como prática social, não há como não concordar com Antônio Ivo quando

ele aponta que o saber dominante em saúde coletiva tendeu a subestimar a importância dos sujeitos na construção do cotidiano e da vida institucional.

Finalmente, caberia reconhecer a tendência da saúde coletiva a confundir-se com todo o campo da saúde. O que indicaria uma visão de mundo fundada em categorias absolutas, transcendentais. Para alguns, a saúde coletiva viria construindo uma espécie de metadiscurso supostamente capaz de criticar e reconstruir saberes e processos concretos de produção de saúde. E mais, ela forneceria metaexplicações, auto-suficientes, sobre toda a tríade saúde, doença e intervenção. Nessa linha de análise, identifica-se também uma tendência a hipervalorizar a determinação social dos processos saúde/doença, desqualificando os fatores de ordem subjetiva e biológica. Nesse caso, a saúde coletiva não é vista como um modo de intervenção sobre o real, mas como um novo paradigma ou um modelo alternativo aos demais.

O modelo denominado de Vigilância Saúde (Mendes, 1993), por exemplo, proclama-se vinculado a um novo paradigma, o da “promoção à saúde”, imaginando que a incorporação do social à análise dos processos saúde e doença criaria práticas distintas, senão antagônicas, àquelas baseadas na história natural. Um novo modo de produzir saúde, que negaria o “modelo clínico”, e não um modo entre outros, não necessariamente equivalentes, porém úteis, cada uma dentro de seus limites e especificidades, para produzir saúde.

Outro não tem sido o procedimento dominante na medicina, que desautoriza, em princípio, todo o saber e toda a prática sobre saúde produzidos fora de sua própria racionalidade. Ao criticá-lo, com pertinência, parece que a saúde coletiva tendeu a adotar a mesma postura totalitária e disciplinar. Para diversos autores, a epidemiologia e as ciências sociais explicariam o processo saúde/doença e fundariam um novo paradigma, com um modo de intervenção sobre a realidade que superaria, sempre!, em princípio!, todos os outros existentes. A saúde coletiva não seria um saber, entre outros, sobre os modos como se produz saúde e doença, mas o saber. Quase um novo paradigma. Alguns autores e mesmo documentos de organismos internacionais chegaram a anunciar o surgimento de um novo “paradigma de promoção da saúde” que superaria a influência do “modelo clínico” na organização dos serviços e práticas (Mendes, 1993; WHO, 1991).

Não se sugere a possibilidade de completa superação dessas três tendências. Estar-se-ia caindo na mesma armadilha metodológica criticada. Tampouco pretende-se demonizá-las. Não há como operar sem objetividade em saúde. As estruturas existem e influenciaram a produção de saúde: normas, saberes, culturas, sistemas, instituições; não há como fazer saúde sem mexer com essas instâncias. Além do mais, não há como desconhecer a importância (não a transcendência, apenas a importância) que saberes e práticas advindos da saúde coletiva tiveram, e têm, para a reformulação da clínica, da reabilitação e dos sistemas de saúde em geral. Cecília Donnangelo (1983) já havia demarcado que a saúde coletiva influenciava e apoiava “práticas de distintas categorias e atores sociais”, quer em temas ligados à organização da assistência, quer na compreensão dos próprios meandros da produção de saúde.

Tratar-se-ia, ao contrário, de, recuperando a velha dialética, verificar em que medida essas posições e seus pólos operam em regime de contradição ou de complementaridade. Assim, à promessa de objetivização asséptica do positivismo, contrapor a subjetividade dos agentes sociais em todas as fases do processo saúde/doença/intervenção. Inclusive quando da elaboração de conhecimentos e tecnologias. Jamais, contudo, abrindo-se mão dessas duas linhas de análise. Ao peso das estruturas contrapor a história, ou seja, a ação social de indivíduos, grupos e movimentos. Além do reconhecimento de que a saúde coletiva é um saber constitutivo e essencial a todas práticas em saúde, admitir que também se produzem conhecimentos, políticas e valores relevantes para saúde a partir de outros campos, como o da clínica ou o da reabilitação. Ademais, projetá-la também como prática específica, com núcleo próprio de saber e de tarefas.

Algumas palavras sobre a dialética

Deve-se, então, repensar a saúde coletiva, filiando-se àquelas escolas filosóficas que sustentam a existência de relação dialética entre o pensar e o agir, entre o homem e o mundo, e entre os próprios homens, ainda quando esse método seja tido como não-científico e obrigue seus aplicadores a dissabores com a nomenclatura acadêmica. Ser e não ser, ao mesmo tempo. Criador e criatura embolados, todo o tempo. Um ente

produzindo o outro e sendo produzido por este mesmo outro ente e por outros entes que, por sua vez... A importância do conceito de produção. Precisando melhor: assumir que toda produção é uma co-produção em que o produtor é também modificado pelo produto.

O ser humano deve ser considerado como parte inseparável do mundo – o materialismo, uma dimensão objetiva inapelável –, ainda que desfrutando de uma propriedade especial de dele se afastar – o entre parênteses da fenomenologia, o poder da reflexão do sujeito – para estranhá-lo, conhecê-lo, às vezes, até modificá-lo, com o que também se modificariam os seres humanos; porque, de fato, jamais poderiam destacar-se da condição material de pertencerem a esse mesmo mundo.

Marx pretendeu superar a dicotomia entre materialismo mecanicista (talvez o hoje denominado positivismo) e o idealismo religioso ou voluntarista (Marx & Engels, 1996); no entanto, poucos entre seus seguidores sustentaram essa tensão dialética entre objetividade e subjetividade, talvez, de fato, pouco trabalhada pelo velho revolucionário.

Quem sabe Gramsci tenha sido o seu discípulo que mais longe levou os desdobramentos decorrentes dessa visão de mundo. Para esse pensador, a “vontade humana” e a “objetividade do mundo exterior” seriam qualidades inseparáveis, uma a constituir e a influenciar a outra, durante todo o tempo. Por isto, ele valorizou a idéia de “devenir”: “o homem devém, transforma-se continuamente com as transformações das relações sociais” (Gramsci, 1978).

Outro estudioso do pensamento dialético foi Henri Lefebvre. Neste trabalho estar-se-á, inclusive, valendo-se do conceito de ser humano (sujeito) assim sintetizado por ele: “A palavra Ser aparece [...] em dois sentidos a um tempo contraditórios e inseparáveis: o ser abstrato, vazio, indeterminado; e o ser rico em determinações, desenvolvido” (Lefebvre, 1995).

O termo ser humano indicaria, portanto, essa ambigüidade insanável: ser pensado como uma identidade abstrata, substantiva, relativa à condição humana em geral ou a um indivíduo específico, mas também indicando vir-a-ser, o verbo ser no sentido de devir; ou seja, o esforço existencial e a práxis social para se constituir como sujeito. Talvez, o gerúndio do verbo, uma pessoa ou um grupo sendo. Ser, sendo. Ser em transformação perene.

Alguns historiadores atribuem, à intenção de driblar a censura fascista, o hábito de Gramsci utilizar o termo “filosofia da práxis” para designar o marxismo. Ainda que movido por esse constrangimento, a escolha dessas palavras, parece-me, indicaria um compromisso epistemológico distinto daquele da tradição marxista criticada por Antônio Ivo de Carvalho (1996). Ou seja, a adoção de um método de pensar que não anulava as relações e influências mútuas entre abstrato e concreto, individual e coletivo, pensar e agir, ou tampouco entre economia, política e psicologia, ou ciência e senso comum.

Lefebvre (1995) defendia que um bom método para pensar a vida deveria sempre obedecer a, pelo menos, quatro exigências. Primeira: o pensamento deveria sempre lidar com ambos os termos que a metafísica ou objetivismo tem procurado separar. Assim, dever-se-iam descobrir relações entre o ser e o mundo, o social e o subjetivo, entre essência e aparência, tudo e nada, e não optar, de modo transcendente, por um dos extremos dessas polaridades.

Segunda: o pensamento somente se afirmaria enquanto “movimento”, sendo, portanto, sempre “incompleto”, mas nem por isto esvaziado de qualquer verdade, porém jamais também portando toda a verdade sobre as coisas.

Em terceiro, ele lembrava o caráter contraditório inerente ao pensar e ao agir, exatamente porque, a partir de deslocamentos sucessivos entre os termos dessa polaridade, seria possível estabelecer-se alguma crítica ao modo como um dado processo se desenvolveu. Desde a prática se critica o saber; desde conhecimento se critica a práxis. Ele argumentava ainda que “contradição não significa absurdo”, já que tampouco seria possível eliminar os pólos dessas contradições. Lefebvre sugeria usar o contraditório para enriquecer o saber, na medida em que “significaria descobrir um complemento de determinação”.

Por último, ele negava transcendência tanto à consciência do sujeito quanto ao mundo objetivo, lembrando que conhecimento e mundo são “ao mesmo tempo interior e exterior” aos sujeitos (Lefebvre, 1995).

Inúmeros pensadores vêm desenvolvendo esforços para escapar aos desatinos quer do objetivismo, quer do subjetivismo. Hegel referia-se à “consciência infeliz” daqueles que colocam sua vida nas mãos dos outros. Seres presos à determinação do meio natural ou social e, portanto,

impotentes para reagir contra o estabelecido, criando algo novo (Hegel, 1974).

Foge ao objetivo deste trabalho reconstruir de maneira sistemática a história da dialética; mas, sem dúvida, dentro dessa trajetória, valeria destacar Sartre, Merleau-Ponty e o já comentado Bourdieu. O primeiro sugeriu conceitos para articular as estruturas de determinação dos sujeitos à sua própria capacidade de intervenção sobre esses determinantes. Particularmente, as categorias de grupo serial, projeto e grupo sujeito (Sartre, 1963) seriam fundamentais para repensar a saúde coletiva. Merleau-Ponty buscou articular psicologia e sociologia, modificando e reconstruindo uma série de conceitos originários da antropologia, do marxismo ou da ciência política, para aplicá-los em problemas antes tomados exclusivamente pela psicanálise, pelo psicodrama, pela psicologia, e vice-versa (Merleau-Ponty, 1990).

A saúde coletiva, em analogia ao trabalho de Merleau-Ponty e dos mal denominados freud-marxistas, poderia escapar aos limites do positivismo e do estruturalismo articulando teorias e práticas oriundas do campo da política e da gestão com saberes e experiências originários da psicanálise, da pedagogia e da análise institucional. Combinar política, gestão e epidemiologia (disciplinas que fazem parte da tradição da saúde coletiva) com clínica, psicanálise, pedagogia e análise institucional.

Marilena Chauí ressalta a crítica elaborada por Merleau-Ponty ao pensamento ocidental, que seria um “pensamento de sobrevôo”, e que importaria uma separação entre o mundo e a consciência ao reduzir o real a um dos pólos da dicotomia sujeito–objeto. Nesse sentido, ele discordaria tanto da pretensão transcendental do cientificismo, quanto daquela da filosofia transcendental do cientificismo e da filosofia de “dominar e controlar totalmente” a consciência ou a realidade exterior (Chauí, 1989).

Passando-se ao campo das práticas sociais, parece que foram na psicologia e na pedagogia em que mais amplamente escolas aplicaram perspectivas análogas em seu fazer cotidiano. Em Freud, é possível identificar uma recusa em optar por qualquer dos pólos responsáveis pela fragmentação contraditória dos sujeitos. Entre consciente e inconsciente, ele nunca deixou de trabalhar em uma perspectiva dinâmica, em que lógicas distintas estariam todo o tempo impondo conflitos mais ou menos dilacerantes às pessoas (Freud, 1969). E o que seria a

psicanálise senão um método consciente (racional e deliberado) para lidar com o inconsciente e a incoerência constitutivos de todo e qualquer sujeito? Entre princípio de realidade e desejo, sempre haveria espaço para algum grau de determinação e de influência do sujeito, um ser aprisionado entre essas linhas de força.

Sem dúvida, a psicanálise e sua aplicação a grupos e instituições têm uma importante contribuição a uma teoria que pensasse a saúde coletiva como uma construção sociohistórica de sujeitos. Diferentes autores enfatizaram o tema da intersubjetividade e o papel da inter-relação na constituição dos sujeitos. Para Winnicott, somente haveria um sujeito intersubjetivo, ao mesmo tempo autoproduzido e produto das relações humanas (Orgden, 1996).

Outra corrente que trabalhou a inseparabilidade do sujeito e do objeto, do coletivo e do indivíduo, foi a que se convencionou denominar de “construtivismo social”. Trata-se de um movimento amplo, com limites imprecisos e importantes diferenças entre seus aderentes, mas que, em linhas gerais, sugere que o conhecimento é resultado da relação dialética entre o que Vygotsky denominou de “atividade interpessoais” (relações sociais as mais variadas) e atividades intrapessoais (capacidade de ação reflexiva do próprio sujeito). De Vygotsky, no começo de século XX, a Paulo Freire, com sua “pedagogia da libertação”, inúmeros autores elaboraram o denominado construtivismo sociohistórico, com concepções perfeitamente aplicáveis à saúde coletiva, conforme vêm demonstrando cientistas e profissionais ligados à denominada educação saúde (Valla, 1999; Vasconcelos, 1999).

O “construcionismo” trabalha com a hipótese de uma eterna reconstrução das pessoas, a qual ocorreria em virtude da interação dos sujeitos com o mundo e dos sujeitos entre si. Porém, essa capacidade se desenvolveria, fundamentalmente, pela elaboração reflexiva de experiências, por meio do que o ser humano escaparia ao ciclo vicioso da determinação puramente biológica ou estrutural (Matui, 1995; Van der Veer & Valsiner, 1996).

Então, caberia (seria possível?) inventar mundos, organizações e instituições (uma saúde pública, por exemplo) que produzissem não objetos sujeitados, mas seres com potencial para pensar (refletir ou analisar) e agir com algum grau de autonomia em relação aos seus determinantes,

sejam eles externos ou internos, conjunturais ou estruturais? Isto quando ainda se sabe que, para os humanos, é impossível transcender à condição de objeto. De ser determinado, portanto.

Os saberes e práticas apoiados no positivismo ou no estruturalismo reforçam a polaridade objeto das pessoas, intervindo em seres reduzidos à condição de objeto. Ainda que, na prática, um máximo de coisificação seja impossível, distintas estratégias políticas, sanitárias e terapêuticas buscam a progressiva redução dos coeficientes de liberdade e de autonomia dos sujeitos. Tratar-se-ia de uma práxis social, portanto, e não de uma fatalidade, a tendência histórica de as instituições oprimirem a dimensão singular de cada sujeito ou os interesses e necessidades dos grupos dominados.

As práticas sociais, todas elas – a clínica, a saúde pública, a pedagogia, a gestão e a política –, potencialmente, poderiam produzir a infinidade de matizes entre controle social (seres dominados) ou autonomia (cidadãos com liberdade relativa). Potencialmente, essas práticas operam tanto em prol de reduzir pessoas à condição de objetos sujeitados a algum poder, quanto no sentido de multiplicar as possibilidades de sujeitos viverem mais livres, condicionados ao contexto e a compromissos, mas aptos a lidar com autonomia relativa diante da objetividade das coisas e das relações sociais.

O campo da saúde como uma matriz

Para um pensamento dialético, a saúde coletiva seria um pedaço do campo da saúde. Utilizando-se de imagens, talvez valesse projetá-lo como uma matriz. O campo da saúde sendo uma matriz em que a saúde coletiva fosse uma parte, com distintos planos de inserção, dos quais, ao menos dois, são comentados neste artigo: a saúde coletiva, um movimento intelectual e moral, e a saúde coletiva, um núcleo, uma concentração nuclear de saberes e práticas. Um núcleo co-produzido por miríade de inter-relações com o campo e, ao mesmo tempo, um núcleo co-produtor desse mesmo campo.

Qual seria o núcleo da saúde coletiva? O apoio aos sistemas de saúde, à elaboração de políticas e à construção de modelos; a produção de explicações para os processos saúde/enfermidade/intervenção, e, talvez seu traço mais específico, práticas de promoção da saúde e

prevenção de doenças. Qual o semblante do núcleo de saberes e práticas da saúde coletiva? Semblante, um sinal de identificação, não uma diferença absoluta! Talvez a sua concentração em problemas de saúde com repercussão coletiva? Quem sabe um certo modo predominante de operar, um modo de intervenção centrado na promoção e na prevenção? De qualquer modo, não o todo, mas uma parte. Uma parte dinâmica e com inserção e interferência no campo da saúde em pelo menos dois planos. Em um plano horizontal, em que saberes e práticas da saúde coletiva comporiam parte dos saberes e práticas de outras categorias e atores sociais. Assim, todas as profissões de saúde, as nucleadas na clínica ou na reabilitação ou no cuidado, todas, em alguma medida, deveriam incorporar em sua formação e em sua prática elementos da saúde coletiva. Um movimento cultural como o sugerido por Cecília Donnangelo (1976) há mais de vinte anos e conforme vem ocorrendo dentro do chamado movimento de reforma sanitária. Assim, a saúde mental, a neurologia, a saúde da criança, entre outras áreas, vêm se transformando também em consequência de aportes oriundos da saúde pública. 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.

A outra inserção na matriz seria vertical: a saúde coletiva (ou saúde pública) como uma área específica de intervenção. Uma área especializada e com valor de uso próprio, diferente da clínica ou de outras áreas de intervenção. Um espaço que para se institucionalizar necessitaria de definições formais: curso básico de formação, postos de trabalho no setor público e privado, associações de representação corporativa, toda uma parafernália bastante mais pesada do que a requerida por um movimento ideológico.

O seu agente, que seria e como operaria? Na saúde pública tradicional, o sanitarista foi um especialista isolado, que trabalhava em programas verticais com forte grau de imposição autoritária. Para a Organização Pan-americana de Saúde (1994) a principal característica do sanitarista seria sua capacidade de liderança, devendo os cursos de formação produzir líderes para o setor de saúde. Trata-se de mais um exemplo concreto da postura arrogante e transcendente com que tem se posicionado a saúde pública diante dos outros setores que compõem o

campo da saúde. Alguns adeptos do agir comunicativo, ao criticar essa perspectiva, chegam a caracterizar o trabalho do sanitарista como de advocacy, uma espécie de habilidoso defensor da saúde pública; na prática um assessor de luxo, inerte e impotente diante da dureza do estabelecido. Para muitos, haveria até mesmo ocorrido uma extinção da profissão e da especialidade, já que o Estado, a sociedade e as equipes de saúde cumpririam todas as tarefas da saúde coletiva.

Talvez valesse a pena pensar o sanitарista como um agente de saúde pública, profissionais com liderança ocasional, conforme os problemas e programas em questão, que trabalhassem em equipes interprofissionais, mas como papel específico. Atuando tanto em projetos verticais, voltados para promoção e prevenção e coordenados por sanitарistas, quanto em outros de inserção matricial, intra-sistemas de saúde ou intersetoriais, em que o sanitарista seria um entre outros agentes.

No Brasil, nota-se um importante enfraquecimento da vertente saúde pública pensada como especialidade. O aparelho formador em saúde coletiva tem privilegiado o mestrado e o doutorado, ou cursos de extensão voltados para a equipe de saúde em geral (Nunes, 1996), em detrimento da formação de especialistas, residência ou outros cursos. Há, até mesmo, indefinição de critérios e, portanto, descontrole sobre a qualidade dos profissionais autorizados a fazer saúde coletiva. O que para a primeira acepção, saúde coletiva com inserção horizontal, seria fato sem importância, já que isto seria tarefa de todos os profissionais de saúde e mesmo de toda a população.

Na realidade, valeria combinarem-se as duas perspectivas: tanto socializar saberes e práticas, quanto assegurar especialistas capazes de produzir saberes mais sofisticados sobre saúde pública e de intervir em situações mais complexas.

Considerações a respeito de um teoria sobre a produção de saúde

Uma teoria sobre a produção de saúde deveria apoiar todos as práticas sanitárias. Uma teoria, portanto, construída para todo o campo da saúde. Não somente utilizada, mas também construída com a contribuição dialógica de todo o campo da saúde. Uma teoria que até transbordasse a fronteira dos sistemas de saúde. Incorporando em sua racionalidade todos os mecanismos sociais pelos quais se geram saúde e enfermidade.

Pois bem, neste sentido, a construção de uma teoria sobre a produção de saúde, ou sobre o processo saúde/enfermidade/intervenção, não seria monopólio nem ferramenta exclusiva da saúde coletiva, mas de todo o campo de saúde. Não há como pensar a superação do paradigma biomédico sem a contribuição da própria clínica. Uma teoria com essa abrangência não pode ser construída somente com aportes da epidemiologia e das ciências sociais. Nem tampouco somente com o biológico e o subjetivo se podem pensar modelos e políticas de atenção integral à saúde. A clínica tem muito a ser criticada, mas tem também muito a dizer. O mesmo poder-se-ia comentar sobre a saúde coletiva – não há como repensar suas práticas desconhecendo o acervo da biologia, da psicologia e da clínica em geral. Como pensar na Aids ignorando ou a cultura, ou o funcionamento concreto dos serviços de saúde, ou o comportamento do vírus, ou a potência dos imunobiológicos ou dos tratamentos medicamentosos?

Portanto, uma teoria do processo saúde/doença/intervenção não é monopólio da saúde coletiva. Como também não o são os métodos de investigação fundados na epidemiologia, na antropologia, na sociologia ou na biologia.

Existem diversos modos para produzir saúde. Cada modo de produção de saúde é composto por uma dada combinação – qualitativa e quantitativa – de práticas. A combinação desses modos criaria modelos distintos, ainda quando alguns autores utilizem essas expressões em sentido equivalente. A saúde coletiva ou a saúde pública, enquanto núcleo, ou a vigilância à saúde seu principal modelo de intervenção, ou a clínica, seria um entre outros modos de produzir saúde. As políticas de saúde e modelos de atenção resultariam de diferentes combinações desses modos e dessas práticas.

Os distintos modos de produzir saúde apresentam-se com antagonismos, mas também têm aspectos complementares, já que fundamentam a teoria sobre a produção de saúde com elementos comuns e seriam compostos com práticas não necessariamente excludentes.

Identifico quatro modos básicos para produzir saúde:

a – a produção social de saúde: em que transformações econômicas, sociais e políticas produzem padrões saudáveis de existência, dificultando o surgimento de enfermidades. O denominado modelo

das “cidades saudáveis” tem denominado esse modo de produção com o nome de “promoção à saúde” (WHO, 1991), o que parece inconveniente porque gera confusão com a modalidade de intervenção (prática sanitária) que leva o mesmo nome;

b – a saúde coletiva: em que por meio da vigilância à saúde e da ação específica de profissionais de saúde, mais ou menos articulados com outros setores e outros agentes, e do desenvolvimento de ações predominantemente voltadas para a promoção e prevenção, dificultam-se ou impedem-se mortes e enfermidades;

c – a clínica e a reabilitação: em que práticas de assistência e de cuidado produzem saúde, ainda que em sujeitos isolados;

d – atendimento de urgência e de emergência, em que, a partir de modelos de intervenção que alteraram bastante uma série de características da clínica tradicional, consegue-se evitar morte e sofrimento. No Brasil, esse modelo de prática clínica praticamente deslocou o referido no item c, degradando a clínica que se pratica na rede básica, em ambulatorios e enfermarias.

Note-se, contudo, que não há limites precisos ou rígidos entre esses diferentes modos de produção. Todos utilizam práticas de promoção e de prevenção, ações clínicas, de reabilitação e de cuidados. O que varia é a ênfase com que as utilizam. Assim, a clínica vale-se predominantemente de práticas de atenção ao indivíduo, ainda quando, para ganhar em eficácia, necessita incorporar o social e o subjetivo e operar com algumas práticas de prevenção e de promoção à saúde. Do mesmo modo, é impossível praticar saúde pública sem o auxílio da clínica, seja por meio da atenção individual em programas coletivos ou da incorporação de conhecimentos gerados a partir de referencial clínico. No entanto, na vigilância à saúde (saúde pública) predominam práticas de promoção e de prevenção. Parte importante das ações de promoção escapam ao próprio campo da saúde e ao núcleo da saúde pública. Limites borrados, também, entre as práticas incorporadas por esses diferentes modos de produzir saúde.

A saúde seria, pois, o resultado de um processo de produção. Um efeito algumas vezes desejado e buscado. Mas a saúde não seria o objeto de intervenção das práticas sanitárias. A saúde entendida como um projeto, com o sentido dado por Sartre (1963) ao termo, um vir-a-ser, um

devir, um bem a ser conquistado conforme bem o precisou Cecília Minayo (1991). O objeto sobre o qual intervêm as práticas sociais indica tanto que necessidades sociais são, de fato, priorizadas, quanto aquilo que se pretende controlar. A clínica e a saúde coletiva produzem, sempre, saúde e controle. E o objeto sobre o qual se intervém indica o compromisso assumido pelas práticas sanitárias. No caso dos sistemas de saúde, esse objeto é representado pela doença ou por situações que a potencializem, digam elas respeito ao indivíduo ou ao meio. O objetivo, ou o fim, ou a finalidade desses serviços é que seria a produção de saúde.

Isto se contrapõe a alguns autores que sugerem reformular o paradigma biomédico mediante um deslocamento do objeto de intervenção dos sistemas de saúde. Deixar-se-ia de trabalhar com a doença para operar com a saúde. Ora, tal propósito aparece como um contra-senso para o método empregado neste artigo, já que a saúde é vista como um produto, um fim, um resultado almejado, um objetivo. O objeto sobre o qual intervém toda ou qualquer prática de saúde é a doença ou a potencialidade de adoecer ou de morrer. Potência como conceito mais vago e impreciso do que o de risco. Naomar Almeida Filho e Jairnilson S. Paim (1999) sugerem “una salud coletiva previsional o, si nos permiten, pre-visionaria, es decir, una salud coletiva capaz de proponer visiones, formas, figuras y escenarios”.

O que se está ressaltando, contudo, é que o objetivo de produzir saúde seria comum a todas as práticas em saúde e não somente àquelas vinculadas à saúde pública. Toda prática sanitária, em alguma medida, estaria obrigada a produzir algum valor de uso; no caso, algum coeficiente de bem-estar. Ainda que junto se produzam também iatrogenia e controle social. Nenhum bem ou serviço pode desvincular-se completamente da obrigação de atender a necessidades sociais. O que varia é o grau e a qualidade com que são atendidas as necessidades. A saúde pública e a clínica se diferenciam pelo recorte do objeto de intervenção. A saúde coletiva, pensada como núcleo de saberes e práticas, recorta parcela do objeto processo saúde/doença de maneira diferente à clínica, ou aos outros programas sociais, mantendo, contudo, o mesmo objetivo: produzir saúde. Qual seria, então, o objeto da saúde coletiva? Para responder a essa questão haveria de se investigar a história concreta, afinal o recorte do objeto da saúde coletiva é bastante influenciado pela dinâmica política

(Donnangelo, 1983) e varia conforme a correlação de forças, a ação do Estado e de distintos atores sociais. De qualquer forma, diversos autores vêm dando indicações desse objeto: centralmente o processo saúde/doença/ intervenção em sua dimensão mais coletiva.

Para reconstruir o núcleo de saberes e práticas da saúde coletiva: algumas sugestões para debate

– A saúde coletiva e a defesa da vida (Campos, 1991): assumir explicitamente que a saúde pública é uma construção social e histórica e que, portanto, depende de valores, ou seja, é resultante da assunção e da luta de alguns valores contra outros. Nesse sentido, sugere-se que os sanitaristas e demais profissionais de saúde assumam explicitamente uma visão de mundo fundada na radical defesa da vida das pessoas com as quais trabalhem.

Isto implica construir condições sociais que possibilitem aos especialistas em saúde coletiva trabalhar com autonomia relativa tanto em relação ao Estado, quanto a partidos políticos, ideologias e outras racionalidades técnicas. Assim, caberia ao sanitarista posicionar-se sobre a existência ou não de saberes e de modos concretos para enfrentar tal ou qual problema de saúde, arguindo contra os economistas e políticos em defesa da vida de grupos expostos a riscos. Deve deixar aos economistas a argumentação sobre inviabilidade econômica e aos políticos desculpas fundadas no pragmatismo dos que lutam pelo poder. Uma ética assentada em um compromisso explícito com a vida.

Não que essa perspectiva venha a ter sempre a última palavra, mas é necessário reconhecer que a sociedade ganharia com promotores públicos, em princípio, comprometidos com a defesa da vida. Ou seja, com intelectuais orgânicos (Gramsci, 1978) coerentes, em seus discursos e em suas práticas, com uma teoria da produção da saúde. Antes que tudo o mais. Óbvio que a resultante desses processos nunca será o projetado pelo discurso sanitário puro, mas uma mescla de distintas racionalidades em pugna.

– Isto nos leva a uma segunda linha a ser reforçada: reconhecer que a saúde é um valor de uso. Valor de uso com o sentido que originalmente Marx (1985) atribuiu ao conceito no volume primeiro de

O capital. Valor de uso entendido como a utilidade que bens ou serviços têm para pessoas concretas vivendo situações específicas, o outro lado da mercadoria. Ninguém conseguiria fazer circular uma mercadoria sem valor de uso. A saúde, mesmo quando entendida como um bem público, ou seja, quando lhe é socialmente retirado o caráter de mercadoria, como acontece no Sistema Único de Saúde, já que é produzida como um direito universal e não em razão de seu valor de troca, mesmo nesses casos, conserva o caráter de valor de uso. Ou seja, de um produto socialmente construído.

A utilidade de um bem ou serviço não é um dado intrínseco a ele, mas é socialmente construída. Resulta, portanto, da ação de distintos atores sociais que atuam em sentido nem sempre convergentes, marcando cada produto com um certo valor de uso. Assim, o valor da vida varia conforme a época, a classe e o contexto social. O valor de uso expressa-se sob a forma de necessidades sociais. Necessidades sociais são significadas em bens ou serviços a que tal ou qual segmento social atribui alguma utilidade.

Foucault (1995) afirmava que uma das manifestações do poder era a capacidade de produzir verdades. Em analogia, poder-se-ia afirmar que a capacidade de produzir necessidades sociais é uma manifestação concreta do poder dos distintos grupos e segmentos sociais (Campos, 2000). Nesse sentido, tanto as equipes de saúde, quanto a sociedade deveriam explicitamente cuidar da produção de valores de uso e de sua expressão pública sob a forma de necessidades sociais. Enganam-se aqueles que atribuem ao poder dominante a capacidade exclusiva de sempre produzir necessidades sociais. Por mais poderoso seja o Estado ou o mercado, jamais essas instâncias poderiam desconhecer a dinâmica social que resulta na construção de necessidades. Ainda quando estes reconheçam desejos e interesses dos usuários, ou o discurso da saúde coletiva, somente para adaptá-los à sua lógica, sempre, em alguma medida, os de baixo metem sua colher de pau no cozido das necessidades sociais.

O que se argumenta é que caberia aos trabalhadores e aos usuários, a partir de seus próprios desejos e interesses, bem como também apoiando-se em uma teoria sobre a produção de saúde, tratar de construir projetos e de levá-los à prática, objetivando a concretização de determinados valores de uso, expressos sob a forma de necessidades, bem como dos

meios necessários para atendê-las. Uma luta sem resultados prévios assegurados. É contrária à dialética a análise que atribui exclusividade de efeitos à racionalidade ou ao poder hegemônico. O poder hegemônico é o dominante e não o único. Os dominados também interferem na dinâmica social, particularmente quando se trata da alteração de valores. Ora, valores são os alicerces das estruturas, e as estruturas são produtoras e garantidoras de valores. A alteração de valores ressalta a inadequação social e histórica de estruturas ultrapassadas, aumentando as possibilidades de mudança.

Concluindo, valeria um esforço concentrado da saúde coletiva objetivando tornar mais democrática e participativa a definição de valores de uso e de necessidades sociais.

– A saúde coletiva e o fortalecimento dos sujeitos: co-participar da produção de necessidades sociais exige iniciativa política e capacidade de reflexão crítica. Como a saúde coletiva poderia contribuir para diminuir o coeficiente de alienação das pessoas? Haveria teorias sobre a desalienação?

Sartre (1963) falava em “serialidade”, referindo-se a grupos que repetiam comportamentos condicionados por estruturas ou valores hegemônicos. Entretanto, apontava para a possibilidade da construção de “grupos sujeitos”, agrupamentos aptos a lidar com essas determinações e condicionamentos de forma mais livre, de maneira a se criarem, considerando as limitações do contexto, situações mais justas e democráticas. Mas o que tem a ver a saúde coletiva com tudo isto?

Basaglia (1985) aproveitou-se dessa linha de reflexão para repensar políticas e práticas em saúde mental. Poder-se-ia adaptar algo de suas conclusões para a saúde pública? Paulo Amarante (1996) sintetizou bem a perspectiva metodológica com que Franco Basaglia trabalhou:

Se a doença é colocada entre parênteses, o olhar deixa de ser exclusivamente técnico, exclusivamente clínico. Então, é o doente, é a pessoa o objetivo do trabalho, e não a doença. Desta forma a ênfase não é mais colocada no “processo de cura”, mas no processo de “invenção da saúde” e de “reprodução social do paciente”.

Note-se a perspectiva fenomenológica: sai o objeto ontologizado da medicina – a doença – e entra em seu lugar um sujeito. No caso da

clínica, o doente; no caso da saúde coletiva, uma coletividade específica. Vale enfatizar que, para Basaglia (1985), não se trataria de um enfermo em geral, mas de um sujeito concreto, social e subjetivamente constituído. O mesmo se aplicaria a uma saúde coletiva que se pretendesse construtiva: trabalhar com grupos concretos, social e culturalmente constituídos. Toda a ênfase posta sobre a existência concreta de sujeitos e sobre a possibilidade de “inventar saúde” para esses enfermos, no caso da clínica, e para grupos expostos à possibilidade de se enfermar para a saúde pública.

“Inventar saúde”, para Basaglia (1985), implicaria mais do que uma invenção técnica, já que ele ligava essa noção à de “reprodução social do paciente”. Reprodução social entendida como exercício de cidadania e de participação social. Em saúde pública, poder-se-ia trabalhar com a idéia de mudança tanto das estruturas, sua democratização, e das normas de direito, quanto da capacidade reflexiva e de iniciativa dos sujeitos individuais e coletivos. A reconstrução da saúde coletiva passaria por um deslocamento de ênfase, antes foi a doença, depois as estruturas, agora se trataria de também valorizar o fortalecimento dos sujeitos individuais e coletivos. No entanto, esse deslocamento de ênfase não pode significar abandono das outras dimensões. Assim, como produzir sujeitos saudáveis sem considerar a doenças ou a possibilidade de se enfermar? Ou sem avaliar criticamente aspectos estruturais (ambiente, leis, normas etc.)?

Na realidade, valeria buscar uma nova dialética entre doença, saúde, estruturas e sujeitos, que não seria nem a antidialética positivista da medicina, que fica com a doença descartando a responsabilidade com a história dos sujeitos concretos, nem o estruturalismo da saúde pública tradicional, que delegava ao Estado e ao aparato técnico quase toda a responsabilidade pela produção de saúde.

Concluindo, é preciso investir também no fortalecimento dos sujeitos. Não somente em sua dimensão corporal, conforme a tradição da saúde pública (vacinas, por exemplo), mas também pensando-os como cidadãos de direito e como sujeitos críticos (capazes de reflexão e eleição mais autônoma dos modos de andar a vida).

Nesse sentido, a atual ênfase da saúde pública em combater determinados estilos de vida (WHO, 1991), ainda que aparentemente

reconhecendo a existência de pessoas concretas, não deixa de ser um modo moralista e normativo de abordagem, já que os grupos a quem se destinam essas intervenções não são incorporados na construção ativa de modos de andar a vida. Na construção de valores de uso. Escolher entre longevidade e prazer é um direito inalienável dos sujeitos. A participação dos sujeitos na administração das relações entre desejos, interesses e necessidades sociais é condição sine qua non para a democracia e para a construção de sujeitos saudáveis (Campos, 2000).

Abstract

This paper discusses collective health knowledge and practices field and is core based on a dialectics method, beyond positivism and structuralism, to carry out a critical view towards their trends in assuming a transcendent position about the health field. From this analysis on, suggestions for debating are elaborated, taking the historical and social elements of concrete subjects, in their main relation to what is termed collective health.

Key words: public health; collective health; constructivism.

Referências

- ALMEIDA FILHO, Naomar; PAIM, Jairnilson S. La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. *Cadernos Médicos Sociales*, n. 75, p. 5-30, 1999.
- AMARANTE, Paulo. O ovo da serpente. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.
- BARATA, Rita B.; BARRETO, Maurício L. Algumas questões sobre o desenvolvimento da epidemiologia na América Latina. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 1, n. 1, p. 70-79, 1996.
- BASAGLIA, Franco. A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico. 2 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985.
- BOURDIEU, P. O campo científico. In: ORTIZ, R. (Org.). Pierre Bourdieu. Ática, 1983. (Grandes Cientistas Sociais)
- _____. A economia das trocas simbólicas. São Paulo: Perspectiva, 1992.
- CAMPOS, Gastão W. S. A saúde pública e a defesa da vida. São Paulo: Hucitec, 1991.
- _____. O anti-Taylor e o método Paidéia: a produção de valores de uso, a construção de sujeitos e a democracia institucional. 2000. Tese (Livre-docência) – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas, Unicamp.

CAMPOS et al. Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde (SUS). *Cadernos de Saúde Pública*, 13 (1), p. 141-144, 1997.

CHAUÍ, Marilena. Merleau-Ponty – vida e obra. In: Merleau-Ponty – textos selecionados. São Paulo: Nova Cultural, 1989. (Os Pensadores)

CARVALHO, A. Ivo. Da saúde pública às políticas saudáveis – saúde e cidadania na pós-modernidade. *Ciência & Saúde Coletiva*. v. 1, n. 1, p. 104-121, 1996.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. O anti-Édipo: capitalismo e esquizofrenia. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

DONNANGELO, M. C. F. A pesquisa na área de saúde coletiva no Brasil – a década de setenta. In: ABRASCO. Ensino de saúde pública, medicina preventiva e social no Brasil, v. 2, p. 17-36, 1976.

FOUCAULT, Michel. O sujeito e o poder. In: RABINOW, P.; DREYFUS H. Foucault, uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica. Rio de Janeiro: Forense, 1995.

FRANCO, Saul; NUNES, Everardo D. Apresentação. In: FRANCO, S.; NUNES, E. D.; BREILH, J.; LAURELL, A. C. (Org.). Debates em medicina social. Quito: OPS, 1991.

FREUD, Sigmund. Novas conferências introdutórias sobre a psicanálise. Rio de Janeiro: Imago, 1969. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. XXII)

GRAMSCI, Antonio. Concepção dialética da história. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1978.

HEGEL, G. W. F. A fenomenologia do espírito. São Paulo: Abril, 1974. (Os Pensadores)

LEFEBVRE, Henri. Lógica forma e lógica dialética. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1995.

MARX, Karl. O capital: crítica da economia política. São Paulo: Nova Cultural, 1995, v. I, livro primeiro.

MARX, Karl; ENGELS, F. A ideologia alemã: I – Feuerbach. 10 ed. São Paulo: Hucitec, 1996.

MATUI, Jiron. Construtivismo: teoria construtivista sociohistórica aplicada ao ensino. São Paulo: Moderna, 1995.

MENDES, E. V. Distrito sanitário. O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1993.

MERLEAU-PONTY, M. Merleau-Ponty na Sorbonne: resumo de cursos. Campinas/SP: Papyrus, 1990.

- McNEILL, D.; FREIBERG, P. Fuzzy Logic. New York: Simon & Schuster, 1993.
- MINAYO, M. C. Um desafio sociológico para a educação médica. *Revista Brasileira de Educação Médica (Abem)*, 15(1), p. 25-32.
- NUNES, Everardo D. Tendencias y perspectivas de las investigaciones en Ciencias Sociales y la America Latina: una visión geral. In: NUNES, E. D. (Org.). *Ciencias Sociales y salud en la America Latina: tendencias y perspectivas*. Washington/Motivideo: OPS/CIEU, 1986.
- _____. Saúde coletiva: revisitando a sua história e os cursos de pós-graduação. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 1, n. 1, p. 55-69, 1996.
- _____. Saúde coletiva: história e paradigmas. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*, v. 3, p. 107-116, 1998.
- ORGDEN, Thomas. *Os sujeitos da psicanálise*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996.
- ONOCKO CAMPOS, Rosana T. O planejamento em saúde sob o enfoque da hermenêutica. Campinas/SP: Departamento de Medicina Preventiva e Social FCM/Unicamp, 1999. (Mimeo)
- OPS. *La crisis de la salud pública – reflexiones para el debate*. Washington: Organización Pan Americana de la Salud, 1992.
- _____. *Recursos humanos y sistemas locales de salud*. Washington: Organización Pan Americana de la Salud, 1994, v. 31. (Série Desarrollo de Recursos Humanos)
- PAIM, Jairnilson S. La salud colectiva y los desafios de la práctica. In: *La crisis de la salud publica – reflexiones para el debate*. Washington: Organización Pan Americana de la Salud, 1992.
- SARTRE, Jean-Paul. *Crítica de la razón dialética*. Buenos Aires: Losada, 1963.
- TESTA, Mario. *Pensar en salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 1993.
- VALLA, V. V. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 15/2, p. 15-28, 1999.
- VAN DER VEER, R.; VALSINER, J. *Vygotsky – uma síntese*. São Paulo: Unicarco/Loyla Edições, 1996.
- VASCONCELOS, Eymard M. *Educação popular e a atenção à saúde da família*. São Paulo: Hucitec, 1999.
- WHO. *Healthy Cities Project: a project becomes a movement*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1991.