

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
FACULDADE DE ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE ENFERMAGEM

ADAUTO VINICIUS MORAIS CALADO

**SAÚDE COLETIVA: CONCEPÇÕES QUE PERMEIAM A PRODUÇÃO DE
CONHECIMENTO**

MOSSORÓ
2019

ADAUTO VINICIUS MORAIS CALADO

**SAÚDE COLETIVA: CONCEPÇÕES QUE PERMEIAM A PRODUÇÃO DE
CONHECIMENTO**

Monografia apresentada à Coordenação de Monografia do Departamento de Enfermagem – DEN, da Faculdade de Enfermagem – FAEN, da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, como requisito parcial para a conclusão da Graduação em Enfermagem – bacharelado e licenciatura.

ORIENTADORA: Professora Dra. Moêmia
Gomes de Oliveira Miranda

MOSSORÓ
2019

Catálogo da Publicação na Fonte.
Universidade do Estado do Rio Grande do Norte.

C141s Calado, Adauto Vinicius Morais
SAÚDE COLETIVA: CONCEPÇÕES QUE PERMEIAM
A PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO. / Adauto Vinicius
Morais Calado. - Mossoró, 2019.
58p.

Orientador(a): Profa. Dra. Moêmia Gomes de Oliveira
Miranda.

Monografia (Graduação em Enfermagem).
Universidade do Estado do Rio Grande do Norte.

1. Saúde Coletiva. 2. Saúde Pública. 3. Medicina
Social. I. Miranda, Moêmia Gomes de Oliveira. II.
Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. III.
Título.

ADAUTO VINICIUS MORAIS CALADO

**SAÚDE COLETIVA: CONCEPÇÕES QUE PERMEIAM A PRODUÇÃO DE
CONHECIMENTO**

Monografia apresentada à Coordenação de Monografia do Departamento de Enfermagem – DEN, da Faculdade de Enfermagem – FAEN, da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, como requisito parcial para a conclusão da Graduação em Enfermagem – Bacharelado e Licenciatura.

Aprovado em ___/___/___

Banca Examinadora

Prof. Dra. Moêmia Gomes de Oliveira Miranda
Orientadora
Universidade do Estado do Rio Grande do Norte

Prof. Ma. Andrezza Graziella Veríssimo Pontes
Membro
Universidade do Estado do Rio Grande do Norte

Ms. Maria Laudinete De Menezes Oliveira
Membro
Unidade Mista de Saúde e Pronto Socorro – Governador Dix Sept Rosado

DEDICATÓRIA

Aos meus pais.

AGRADECIMENTOS

*“Presentemente eu posso me considerar um sujeito de sorte
Porque apesar de muito moço me sinto são e salvo e forte
E tenho comigo pensado, Deus é brasileiro e anda do meu lado
E assim já não posso sofrer no ano passado”*

Sim! Um sujeito de muita sorte por poder contar com a melhor família possível. Vocês foram fundamentais na superação das adversidades dessa caminhada. Se não fosse por vocês eu teria ficado na primeira tropeçada. Peço desculpas pelas ausências e estresses. Foram muitos os momentos difíceis dentro do nosso núcleo durante esse tempo. Perdas e problemas incalculáveis. Inclusive, Vô, espero que esteja me olhando feliz ai de cima. Obrigado! Obrigado! Obrigado mil vezes por tudo que fizeram e fazem por mim. Pai, Mãe, irmãos essa conquista também é de vocês. Foi por vocês.

Sorte, ainda, por poder contar com os melhores amigos que alguém poderia ter. Obrigado por me aturarem nos momentos de extrema saturação. Vocês foram base e formamos de fato uma Irmandade. Agradeço demais por tudo que vivemos juntos durante esses 5 anos e que iremos viver por muitos e muitos mais. Sonhamos juntos; crescemos juntos; conquistamos juntos. Obrigado!

*“No presente a mente, o corpo é diferente
E o passado é uma roupa que não nos serve mais”*

De fato, Belchior, não nos serve mais. Encerro mais esse ciclo em minha vida sendo um outro sujeito, que entende que “a vida é tão rara”, e é essa raridade que me motiva a viver mais e mais sonhos, não dos “que se sonha só”, mas sim daqueles que “se sonha junto” e vira realidade. Saio desse ciclo, ainda, fortalecido, entendo que perder não “é ser menor na vida” e que sempre devo fazer “o melhor que sou capaz só pra viver em paz”, levando “a vida devagar, pra não faltar amor”.

RESUMO

Este estudo faz parte de um projeto matriz que tem a preocupação com o aspecto político que permeia a formação em saúde/enfermagem, que vem gerando uma série de novos estudos que se diferenciam quanto aos seus objetos, objetivos e metodologia, cuja perspectiva é de aprofundamento da temática citada. Este trabalho, em especial, trará o aprofundamento da temática Concepções da Saúde Coletiva que permeiam a produção de conhecimento em saúde e tem por objetivos identificar estas concepções, levantar a produção de conhecimento na área da saúde e estabelecer a relação entre a produção de conhecimento e a concepção de Saúde Coletiva. Considerando a complexidade, abrangência e diversidade de concepções acerca da Saúde Coletiva, objeto dessa investigação, realizou-se um estudo de revisão integrativa nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde – LILACS, Medical Literature Analysis and Retrieval System ONLINE - MEDLINE e Scientific Electronic Library Online - SciELO. Os descritores utilizados e suas combinações foram: Saúde Coletiva or Saúde Pública or Medicina Social. Os resultados do estudo possibilitaram apreender concepções da Saúde Coletiva que presumem interdisciplinaridade, outras áreas de conhecimento para sua intervenção (multiprofissionalidade), bem como de que seja um trabalho a partir da realidade e de compromisso para a transformação desta. Foi possível, também, aprofundar aspectos que dizem respeito a sua fundamentação, como a inserção das Ciências Sociais no campo, além de sinônimo de Saúde Pública. Tem-se por considerações finais que não há uma delimitação do que seja a concepção da Saúde Coletiva, o que se remete a pensá-lo ainda enquanto um campo aberto e que este precisa ser melhor definido, uma vez que tal fato tem implicações diretas nas medidas que tem por finalidade contribuir com a transformação da realidade de exclusão social em um dado território.

Palavras-chave: Saúde Coletiva. Saúde Pública. Medicina Social.

ABSTRACT

This study makes part of a project womb that has the preoccupation with the political aspect that permeates the formation in health / nursing, which is producing series of new studies that are differentiated as for his objects, objectives and methodology, which perspective is of deepening of the quoted theme. This work, in special, will bring the deepening of the theme Conceptions of the Collective Health that permeate the knowledge production in health and it has since objectives identify these conceptions, to lift the knowledge production in the area of the health and to establish the relation between the production of knowledge and the conception of Collective Health. Considering the complexity, range and conceptions diversity about the Collective Health, object of this investigation, a revision study happened integrativa in the next data bases: Latin-American literature and of the Caribbean in Sciences of the Health – LILACS, Medical Literature Analysis and ONLINE Retrieval Sistem - MEDLINE and Scientific Electronic Library Online - SciELO. The used descritores and his combinations were: Collective health or Greets Public or Social Medicine. The results of the study made possible to apprehend conceptions of the Collective Health that they presume interdisciplinaridade, other knowledge areas for his intervention (multiprofissionalidade), as well as of that it is a work from the reality and promise for the transformation of this. It was possible, also, to deepen aspects that concern his fundamentação, like the insertion of the Social sciences in the field, besides synonym of Public Health. One has for final considerations that do not exist a delimitation of what is the conception of the Collective Health, what one sends thinking still while an open field and what this needs to be better definite, once what about fact has straight implications in the measures that it has because of contributing finality with the transformation of fact of social exclusion a given territory.

Key Words: Collective Health. Public Health. Social Medicine.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
1.1	O OBJETO DE ESTUDO	10
1.2	OBJETIVOS DEFINIDOS.....	15
1.3	PERCURSO METODOLÓGICO	15
1.4	ESTRUTURAÇÃO DO ESTUDO	18
2	CAPÍTULO I: CONFORMAÇÃO HISTÓRICA DA SAÚDE COLETIVA	19
3	CAPÍTULO II: A SAÚDE COLETIVA NA PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO .	33
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS	53
	REFERÊNCIAS	55

1 INTRODUÇÃO

Este estudo faz parte de um projeto matriz que tem a preocupação com a formação política que permeia a formação em saúde/enfermagem, que vem gerando uma série de novos estudos que se diferenciam quanto aos seus objetos, objetivos e metodologia, cuja perspectiva é de aprofundamento da temática citada.

Este trabalho, em especial, trará o detalhamento da temática, na medida em que investigaremos as concepções de Saúde Coletiva que permeiam a produção do conhecimento na área da saúde.

1.1 O OBJETO DE ESTUDO

O objeto de estudo é abordado de forma contextualizada por compreendermos que o termo Saúde Coletiva se evidenciou no Brasil, na década de 1970. No entanto a emergência do campo advém de muito antes, através de alguns debates iniciados ainda no século XIX e fortalecidos na segunda metade do século XX, o que culmina na consolidação da Saúde Coletiva enquanto campo de saberes e práticas reconhecidas no âmbito da saúde (REGIS, 2012).

Esses debates ocorreram sob o enfoque das relações sociais e coletivas em decorrência, de um modo geral, do contexto socioeconômico e político-ideológico, bem como das sucessivas crises, presentes tanto no plano epistemológico, como das práticas em saúde e da formação da força de trabalho em saúde (NUNES, 1994).

Nunes (1994) compreende esse momento como o período “pré-saúde coletiva”, que vai do final da segunda metade da década de 1950 até o final da década de 1970. Inicialmente marcado pela instauração do “projeto preventivista”, caracterizado, principalmente, pela inclusão de disciplinas voltadas ao social e crítica a biologização do ensino, e durou aproximadamente 15 anos.

O Projeto Preventivista emerge de uma crítica ao modelo de Saúde Pública e objetivava superar as limitações deste por meio de uma reforma pedagógica. Instalase a preocupação com uma perspectiva biopsicossocial do indivíduo através das ciências sociais e a extensão da atuação pedagógica para fora do hospital por meio da criação de trabalhos comunitários. Dessa forma, concebendo a formação médica um caráter mais social, assumindo uma atitude culturalista e comportamental (NUNES, 1994).

Mais tarde, há uma modificação nesse projeto, em que os ideais preventivistas permanecem, mas associados a uma perspectiva social, passando a ser chamado de “medicina social”. Através destes ideais mantidos, propôs-se novas mudanças em nível teórico e na produção de conhecimento, no intuito de definir um objeto de estudo nas relações entre o biológico e o social (NUNES, 1994).

Logo após este período, no início da década de 1980, evidencia-se a Saúde Coletiva, concebida como campo científico que entende o processo saúde-doença enquanto construção social, analisa os processos de trabalho em saúde dentro práticas interdisciplinares, além de tentar compreender as necessidades sociais e biológica, propondo mudanças na realidade (MIRANDA; MOURA; LIMA, 2003; PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998).

Isto é o que a difere da Medicina Social, esta expressa-se enquanto uma teoria social da medicina em relação a alguns temas isolados, como no processo saúde-doença, a historicidade do saber e da prática médica e a organização social da prática médica. Ressalta-se que essa divisão cronológica ocorre devido às mudanças de perspectivas em cada projeto (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998; CANESQUI, 1995; NUNES, 1994).

A referida periodização se revela importante por colocar em evidência os períodos anteriores à Saúde Coletiva (preventivismo e a medicina social) como abordagens do processo saúde-doença em coletivos que podem ser reconhecidos como precursores da proposta da Saúde Coletiva, outrossim, tiveram influência direta na implantação institucional do campo elaborada no Brasil (SCHRAIBER; OSMO, 2015).

Assim sendo, bem como o surgimento da Saúde Coletiva se relaciona com o avançar dos modelos preventivista e social, a sua introdução nos cursos de graduação está, também, intimamente ligada à implementação destes projetos.

O ensino das disciplinas voltadas à Saúde Coletiva se inicia nos Departamentos de Medicina Preventiva (DMP) ainda na década de 1960 em resposta à necessidade de reformulação do ensino e, desde então, permanece nos currículos dos cursos de graduação na área da saúde (CECCIM; CARVALHO, 2006).

Essa introdução nos cursos de graduação, inicialmente nos cursos de medicina, assim como na origem do projeto da Saúde Preventiva, consolida-se pela

necessidade de superar a crise existente no modelo de atenção à saúde no período, através da formação da força de trabalho em saúde (MARSIGLIA, 2013).

No Brasil, segundo Costa e Rangel (1997) essa formação foi uma preocupação de órgãos formadores, inclusive do Ministério da Educação e Cultura (MEC). Através do desenvolvimento de programas, como a Integração Docente Assistencial – IDA, o MEC estimulou as universidades a repensarem os seus conceitos metodológicos e estruturais, com o objetivo de ampliar as relações entre as universidades e os prestadores de serviços.

A princípio, a Saúde Coletiva limitou-se apenas aos cursos de Pós-Graduação, como mestrado, especializações em Saúde Pública e programas de residência em Medicina Preventiva. No entanto, através da união de esforços entre a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) e Associação Brasileira de Ensino Médico (ABEM), propõe-se, na década de 1980, um conteúdo programático mínimo das disciplinas voltadas à Saúde Coletiva, nas graduações em saúde, como as ciências sociais, epidemiologia, administração e organização de serviços (COSTA; RANGEL, 1997).

Segundo Schraiber (2008), o campo da Saúde Coletiva projeta-se de modo duplamente reformador: primeiramente, 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 na saúde pública (modelo da educação sanitária, de cunho liberal-individualizante no que concerne às práticas de prevenção); secundamente, na sua crítica à alienação da porção tecnocientífica do campo da saúde.

Segundo Paim e Almeida Filho (1998), a Saúde Coletiva representa um enfoque de saberes e práticas que se opõe ao modelo de saúde pública institucionalizado nos países neoliberais, seja enquanto tipo profissional ou modelo de organização de serviços de saúde etc. Dessa forma, objetiva reduzir, principalmente, com a hegemonia do modelo biologicista, centrado apenas na doença, a partir do entendimento do processo saúde-doença como um processo social.

A Saúde Coletiva proporciona uma compreensão mais crítica da realidade e das ações de educação/saúde através de uma visão que tenta estabelecer o sujeito em um contexto sociocultural, bem como entender a determinação social do processo saúde doença. A formação com estas contribuições, tanto na saúde

quanto na educação, possibilita a formulação de alternativas, capazes de gerar modificações na realidade, sempre visando atender às necessidades da população, dentro dos preceitos do SUS (GALLEGILLOS; OLIVEIRA, 2001).

Assim, fez-se necessário sua inserção nos cursos de graduação na área da saúde, tendo em vista que a formação é uma aliada nesse processo de ruptura social. Sob o enfoque de um eixo de ensino centrado, principalmente, na determinação social do processo saúde-doença, vem contribuindo para a formação de um profissional da saúde que priorize as necessidades, não somente do conhecimento científico e tecnológico, mas também de conhecimento de natureza humanística e social relativo as suas práticas, capaz de realizar o desenvolvimento de projetos terapêuticos singulares, de formular e avaliar políticas, assim como coordenar e conduzir sistemas e serviços de saúde (CARVALHO; CECCIM 2006).

No entanto, a Saúde Coletiva vem se deparando com relevantes desafios no que tange a sua consolidação, tanto teórica quanto prática, pois implica enfrentar a rigidez dos modelos hegemônicos.

A Saúde Coletiva, ao propor inovações nas formas organizacionais do trabalho, exige novos saberes orientados numa perspectiva inter ou transdisciplinar. Portanto, requer mais do que reformulação nas formas de prática, mas também uma transformação no processo formativo dos profissionais de saúde como um todo (COSTA; RANGEL, 1997).

Diante do exposto, nos questionamos, qual a concepção de Saúde Coletiva que permeia a produção de conhecimento na área da saúde?

Pressupomos que essa produção de conhecimento estabelece uma relação de determinação na graduação em saúde uma vez que, a Saúde Coletiva, enquanto campo de saberes e práticas, defronta-se com a hegemonia da Clínica, marcada pela matriz de ensino flexneriana – baseada no Relatório Flexner¹, que permeia a formação e a prática dos profissionais de saúde. Dessa forma, acredita-se que a incorporação desses saberes e práticas no processo de formação vem se

¹ Segundo Silva Júnior (2006), o Relatório Flexner se trata de uma série de propostas elaboradas a partir de uma avaliação da educação médica dos Estados Unidos e Canadá por parte do pesquisador Abraham Flexner, da Universidade de Johns Hopkins, por intermédio da Fundação Carnegie dos Estados Unidos. Propunha, em síntese, definições de padrão de entrada e ampliação da duração do curso; introdução do ensino laboral; estímulo à docência em tempo integral; expansão do ensino clínico, especialmente em hospitais; ênfase na pesquisa biológica como forma de superar a era empírica do ensino médico; vinculação da pesquisa ao ensino; estímulo a especialização médica; e controle do exercício profissional pela profissão organizada.

constituindo em um enorme desafio, à medida que o projeto neoliberal se difunde e se fortalece.

Ademais, cogitamos, ainda, que em algumas realidades, a Saúde Coletiva é concebida como sinônimo da saúde pública e/ou uma evolução conceitual da saúde pública, produzindo sérios desdobramentos na produção de conhecimento; além da orientação na formação em saúde, em especial, no compromisso ético e político assumido, ou seja, de conservação ou de contribuição com a transformação da realidade de exclusão social.

No entanto, a Saúde Coletiva contribui com o entendimento do processo saúde-doença do coletivo enquanto processo social, ou seja, como produção e reprodução social; analisa os processos de trabalho da saúde na sua articulação com as demais práticas dentro da sociedade; procura compreender, as formas com que a sociedade identifica suas necessidades e problemas de saúde, busca sua explicação e se organiza para enfrentá-los, propondo mudanças para que tal realidade seja transformada (PAIM; ALMEIDA FILHO 1998).

O interesse pessoal pela temática surgiu nas aulas do componente curricular Epidemiologia e Enfermagem, através das discussões acerca das concepções sobre o processo saúde-doença. A partir da leitura de um dos capítulos do livro “Epidemiologia: economia, política e saúde”, de Jaime Breilh (1991), notou-se a importância da Saúde Coletiva na formação de um profissional com uma visão mais social perante o processo saúde-doença, tal como defendido pela teoria da determinação social do processo saúde-doença.

Somado a isso, a inquietação surgiu, também, em experiências vivenciadas tanto no âmbito hospitalar como estagiário de curso técnico, quanto usuário, quando observei o despreparo por parte de alguns profissionais no que se tratava da assistência à saúde do usuário, agindo sempre de forma mecanizada e acrítica

Logo, o presente estudo é relevante para a Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERJ), em especial aos cursos de graduação da área da saúde, por se tratar de eixo norteador à formação em saúde, bem como por trazer uma abordagem pouco discutida pelos discentes, servindo de aporte bibliográfico para leituras e futuras pesquisas nesta área.

Outrossim, a pesquisa será benéfica à sociedade pelo fato de estar contribuindo com o debate em torno de um campo de saberes e práticas. Esta contribuição implica mudanças no ensino de profissionais que irão exercer o seu

trabalho em instituições de saúde visando o atendimento às necessidades de saúde dos usuários, como necessidades sociais e bem como direito de cidadania.

1.2 OBJETIVOS DEFINIDOS

Como forma de orientar o objeto de estudo, a pesquisa tem como objetivo identificar as concepções de Saúde Coletiva que permeiam a produção de conhecimento na área da saúde. Especificamente, levantar a produção de conhecimento na área da saúde e estabelecer a relação entre a produção de conhecimento e as concepções de Saúde Coletiva.

1.3 PERCURSO METODOLÓGICO

Considerando a complexidade, abrangência e diversidade de concepções acerca da Saúde Coletiva, objeto dessa investigação, realizamos um estudo de revisão integrativa haja vista se constituir na mais ampla abordagem metodológica, referente às revisões, por permitir a inclusão de estudos experimentais e não experimentais para uma compreensão completa do fenômeno analisado, bem como favorecer a inclusão de literatura teórica e empírica, assim como estudos com diferentes abordagens metodológicas, ou seja, qualitativas e quantitativas (SOUZA, SILVA, CARVALHO, 2010).

As autoras supracitadas acrescentam que a revisão integrativa é operacionalizada em seis momentos, ou seja, o estabelecimento da temática e dos objetivos da revisão; a seleção dos artigos; a definição de critérios de inclusão e exclusão; a determinação das informações que serão extraídas dos artigos escolhidos; a interpretação dos artigos escolhidos; e, por fim, a apresentação da revisão.

Para o levantamento dos artigos, realizamos uma busca, entre 19 de fevereiro e 17 de março de 2018, nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde – LILACS, *Medical Literature Analysis and Retrieval System ONLINE* – MEDLINE e *Scientific Electronic Library Online* – SciELO. Estas bases foram escolhidas não só pela reconhecida excelência e cobertura, mas por contemplarem, também, a maior parte das discussões acerca do objeto de estudo.

Foram utilizadas para a busca dos artigos os seguintes descritores e suas combinações: Saúde Coletiva *or* Saúde Pública *or* Medicina Social conforme consulta aos Descritores em Ciências da Saúde – DeCS. O operador booleano (*Or*) foi utilizado para compor a estratégia de combinação dos descritores.

Considerou-se para a seleção dos artigos os seguintes critérios de inclusão: artigos na íntegra, publicados em português, em periódicos indexados nas bases de dados Lilacs, Medline e Scielo, cujos descritores estivessem presentes no título e/ou resumo, bem como explicitassem a concepção de Saúde Coletiva neste.

Enquanto aos critérios de exclusão: artigos repetidos nas bases de dados citada; artigos cujo texto completo não está disponível ou que faltassem alguma informação referente ao estudo – como autores, ano de publicação e resumo; além de, teses, dissertações, monografias e manuais.

Ressaltamos que o ano de publicação do artigo não foi considerado critério para seleção da amostra, como forma de abstrairmos a maior evidência das publicações acerca da temática, objeto desse estudo.

Durante a pesquisa, um dos desafios do estudo de revisão integrativa foi a constante atualização do banco de dados, o que aumentava o quantitativo da amostra. Para tanto, fez-se necessário uma maior atenção para as mudanças no resultado final da busca no banco de dados, voltando, quando preciso, para inclusão dos novos artigos no instrumento, tornando o trabalho desafiador e exaustivo.

Além disso, foi necessário, também, observar e quantificar os artigos que estavam repetidas no banco de dados, tendo em vista que seriam excluídos aqueles que aparecessem pela segunda vez em diante na busca.

Para a análise criteriosa dos dados utilizamos um instrumento construído e validado por Ursi e Galvão (2006), adaptado para as particularidades da temática em questão. Assim, foram considerados: identificação do artigo por título/autores/anos de publicação; base de dados/periódico; resumo/resultados/considerações. Os dados estão apresentados em quadro sinóptico, acompanhados da análise e da síntese.

Após a finalização da inclusão dos dados dos estudos no instrumento, foi levantado um total de 4214 artigos, dos quais, 1074 estudos foram excluídos por aparecerem mais de uma vez ou por faltarem alguma informação (CALADO; MIRANDA, 2018).

Em seguida, foram elencados e quantificados os estudos que apresentavam algum dos descritores selecionados para a pesquisa (Saúde Pública, Medicina Social, Saúde Pública) a fim de analisar as concepções dadas a estes por parte do estudo.

Os estudos que não apresentavam os descritores, ou quando um destes era empregado para a definição de institutos, escolas etc., foram excluídos. Portanto, do quantitativo de 4214, após as exclusões, 906 artigos se constituíram em objeto de análise para o desenvolvimento do presente estudo.

Feita a leitura minuciosa dos 906 resumos buscando identificar nestes artigos trabalhos que discutissem a concepção de Saúde Coletiva, foi filtrado o quantitativo de 15 dentre os 906 estudos que apontavam para a discussão do assunto.

Dessa forma, prosseguiu-se com a leitura integral e minuciosa dos 15 trabalhos identificados, visando analisar qual era a concepção de Saúde Coletiva que os autores defendiam ou expressavam, clara ou subentendidamente, com intuito de embasar a discussão.

Realizado o estudo minucioso dos 15 artigos, foi possível observar que em alguns trabalhos, apesar de os resumos apontarem para a discussão e apresentação de conceitos relacionados à Saúde Coletiva, não traziam uma concepção do campo, mas sim uma relação entre a área específica do estudo com a Saúde Coletiva, sem se deter à aborda-la conceitualmente. Consequentemente, o número de artigos que se estabeleceram enquanto objeto de estudo para a presente pesquisa reduziu-se a 8.

O percurso numérico da varredura dos dados estará exposto na Tabela 1 a seguir. Vale salientar que a tabela está organizada em quatro fases, em que apresentará o total de artigos correspondentes bem como a quantidade de exclusões para avançar a etapa consecutiva.

Tabela 1: Percurso metodológico quantitativo dos dados em fases, expondo o total de artigos e os excluídos, a partir da coleta nas bases de dados LILACS, MEDLINE e SciELO por meio dos descritores Saúde Coletiva, Medicina Social e Saúde Pública até 17 de março de 2018

FASES	TOTAL	EXCLUÍDOS
1°	4214	3308
2°	906	891
3°	15	7

Fonte: Dados da pesquisa

1.4 ESTRUTURAÇÃO DO ESTUDO

Para efeito de apresentação dos resultados deste estudo, o texto da monografia foi organizado em dois capítulos, além dessa introdução e das considerações finais.

O primeiro capítulo intitulado **A Conformação Histórica da Saúde Coletiva** aborda o processo de construção do campo da Saúde Coletiva, detalhando os eventos relacionados e passando por outros modelos de saúde, como a medicina social, a saúde pública, projeto preventivista, saúde comunitária. Aborda ainda, a concepção de saúde coletiva assumida neste estudo.

O segundo capítulo, intitulado **A Saúde Coletiva na Produção de Conhecimento**, expõe os trabalhos levantados por meio da coleta do presente estudo através da discussão acerca das concepções de Saúde Coletiva que os artigos trazem no seu desenvolvimento.

As **Considerações Finais** dizem respeito ao momento de apresentação de uma síntese provisória acerca do objeto de estudo, considerando os objetivos definidos, o percurso metodológico seguido, bem como as concepções de Saúde Coletiva encontradas na produção de conhecimento.

2 CAPÍTULO I: CONFORMAÇÃO HISTÓRICA DA SAÚDE COLETIVA

Como forma de realizar o resgate histórico da Saúde Coletiva, em especial no Brasil, recorreremos a periodização elaborada por Nunes (1994) para evidenciar os fundamentos básicos que contribuíram para a construção do campo da Saúde Coletiva e, assim, melhor entendê-la.

A área da saúde tem passado historicamente por momentos de recomposição sucessivas das práticas sanitárias decorrentes das distintas formas de articulação entre a sociedade e o Estado, ou seja, a conjuntura sócio-política local e externa/internacional.

As bases que fomentam os discursos sociais que permeiam a saúde emergem, no ocidente, ainda na segunda metade do século XVIII na Europa Ocidental, e ganham força no início do século XIX, em especial na Inglaterra, França e Alemanha, com influência, também, no Brasil¹ (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998).

Os autores acrescentam que, tal fato se deu por meio da inclusão na pauta das reivindicações dos movimentos sociais dos temas referentes à saúde do período no que diz respeito às alterações no modo de vida e trabalho ligados à Revolução Industrial, uma vez que a população, a partir de agora, era predominantemente urbana, submetida a moradias precárias e a ambientes insalubres, tanto nas cidades quanto nas indústrias.

É quando surgem propostas por parte da classe trabalhadora, organizada na participação política, de uma compreensão da crise sanitária como fundamentalmente um processo político e social (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998).

A participação política é a principal estratégia de mudança da realidade de saúde de uma determinada comunidade, esperando que as demandas populares resultassem em preceitos como democracia, justiça e igualdade, principais determinantes da saúde social (NUNES, 2006; PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998).

Dessa forma, tal compreensão da crise sanitária enquanto político e social ficou conhecido por Medicina Social. Trata-se, portanto, de uma concepção em que a medicina é uma política aplicada no campo da saúde individual e que a política nada mais é que a aplicação da medicina no âmbito social. Tal expressão ganharia

¹A emergência da medicina social no Brasil acontece ainda no início do século XIX, relacionado, principalmente, com a higiene pública e a medicalização do espaço urbano. Se trata de um momento de grandes transformações na realidade política e social brasileira por conta da vinda da Corte portuguesa para a colônia (NUNES, 1998).

registro em 1848, na França, num processo de lutas por revoluções políticas e sociais (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998).

Foi nesse período do século XIX que a saúde passou a ser um assunto de interesse público. Trata-se de um momento de lutas pelas mudanças políticas e sociais, precedidas por uma corrente encabeçada por figuras como Virchow, Neumann e Leubuscher, em uma intensa defesa do caráter social da medicina (NUNES, 1998).

O autor acrescenta que, a partir de diferentes maneiras e por diferentes caminhos, tentava-se estabelecer algum conhecimento sobre a doença e situação sanitária, com desenvolvimento de medidas efetivas para o controle de doenças nas populações. Estaria vinculado, portanto, ao controle social, na perspectiva da higiene e saneamento, como também, ao controle jurídico-administrativo pela medicina legal.

Ainda nesse período foram elaborados princípios básicos da Medicina Social como a saúde enquanto assunto de interesse social, a ser protegido e assegurado; a compreensão da influência direta das condições econômicas e ambientais no processo saúde-doença; bem como da divisão das medidas a serem tomadas na proteção à saúde entre sociais e médicas. Tais questões passam a embasar os esforços subsequentes de pensar saúde na sociedade (NUNES, 2006).

Paralelamente, em especial na Inglaterra e Estados Unidos, acontecia o movimento conhecido como Sanitarismo, que tinha como objetivo estruturar uma resposta à problemática da incorporação dos temas sociais às discussões do âmbito da saúde por meio da intensificação da atuação do Estado na área. As intervenções em saúde dos sanitaristas se resumiam em aplicações tecnológicas e atividades profiláticas/preventivas, tais como saneamento, imunizações e controle de vetores (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998).

Estas intervenções foram frutos das descobertas na microbiologia por Robert Koch e Louis Pasteur, ainda no século XIX, que revolucionaram a ciência, bem como o modo de “fazer saúde”, que, a partir de agora, possuía uma ênfase biomédica – ou seja, orientado para a doença, passando a legislar sobre a saúde pública, institucionalizando a prática e o ensino e atuando no plano político e social (NUNES, 1998; NUNES, 2006).

O autor continua o debate afirmando que dessa forma, a Medicina Social se viu sufocada e enfraquecida, acabando por se limitar a uma reforma no campo

doutrinário e conceitual, por meio do aporte teórico, que serviria como base para os esforços futuros de pensar a questão da saúde na sociedade

A partir do século XIX, com a ajuda do advento da microbiologia e sua associação a doenças, o movimento sanitário se consolida no que ficou conhecido como Saúde Pública. Trata-se, portanto, de um modelo de saberes e prática em saúde constituído por elementos estruturais que atuam sinergicamente.

São eles: a visão do corpo humano enquanto uma máquina; o foco no biológico; ações de prevenção de cunho individualizante; incentivo à especialização; exclusão das práticas alternativas e de saberes popular; tecnificação do ato médico; ênfase na medicina curativa; bem como a concentração de recursos por meio das tecnologias (NUNES, 1998; PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998; SILVA JÚNIOR, 2006).

As consequências dos referidos elementos estruturais da Saúde Pública serviram de reforço ao modo de produção capitalista monopolista através da reprodução da força de trabalho e no aumento da produtividade.

Tal fato se deu por meio de questões como o incentivo à indústria médica e farmacêutica, através da tecnificação do ato médico e foco nos hospitais de alta complexidade; alienação da vida e dos aspectos sociais do indivíduo, uma vez que este passa a ser responsabilizado pela sua saúde-doença etc.

Dessa forma, a Saúde Pública incrementou seu papel “normatizador” da sociedade, passando a ditar as regras sobre o “fazer saúde”, medicalizando seus problemas políticos e sociais, além de criar um novo mercado de consumo constituído pelas práticas médicas e de saúde (SILVA JÚNIOR, 2006).

Partindo dessa relação harmônica com o modo de produção capitalista, os elementos da Saúde Pública estiveram no plano central da prática em saúde no período final do século XIX e em boa parte do século XX. O Relatório Flexner, na década de 1910, nos Estados Unidos e Canadá, serve como reforço à hegemonia do modelo quando reavalia a educação médica no país e propõe mudanças no processo de formação (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998).

A influência do Relatório Flexner não fica restrito somente aos seus países de origem. Fundações e indústrias de amparo à pesquisa, como a Fundação Rockefeller, por meio de massivos incentivos financeiro, fazem com que se amplie o número de escolas de Saúde Pública nos Estados Unidos e se criem novas, em seguida, em vários países, inclusive na América Latina, contribuindo com o caráter “normatizador” da Saúde Pública e sua hegemonia (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998).

Nesse cenário, a Saúde Pública se evidencia, no Brasil, no início do século XX. Tratava-se de um período de domínio das atividades ligadas à exportação do café no mercado nacional e internacional. Desta forma, a Saúde Pública se desenvolve em duas vertentes: a campanhista (desenvolvimento de campanhas sanitárias visando o combate às epidemias que comprometiam os interesses econômicos) e a vertical permanente (predominância dos centros de saúde para desenvolvimento de atividades de controle e prevenção de doenças endêmicas) (MIRANDA; MOURA; LIMA, 2003).

Tais vertentes permaneceram convivendo mutuamente até o início da segunda metade do século XX, momento em que se evidencia a crítica à saúde pública. Essa crítica estava calcada na dinâmica da realidade local e internacional que evidenciou a limitação do modelo de saúde pública hegemônico por ineficiência e ineficácia, considerando a forte influência do biologicismo no ensino e na produção dos serviços (NUNES, 1998; NUNES, 2006).

O autor acrescenta que as intervenções assumiam um caráter individual e centrada em hospitais com alto nível de complexidade (aumento dos custos), portanto, não dava conta de explicar as doenças crônicas, neoplásicas e ocupacionais, bem como os problemas psicológicos, em especial, com o advento da psiquiatria. A medicina se encontrava em crise, tanto em sua teoria, como em sua prática.

Frente a tal crise, a partir do início da década de 1950, se evidencia um projeto alternativo para a sua superação. Impulsionado pela ação direta do poderoso lobby das corporações médicas dos Estados Unidos, no lugar de uma reforma setorial da saúde nos moldes da maioria dos países europeus, inicia-se uma ampla reforma dos currículos do ensino médico com o objetivo de propor uma maior ênfase na prevenção (NUNES, 2006; PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998; NUNES, 1994).

Para os autores, dessa forma, cria-se os departamentos de medicina preventiva e social, além de disciplinas que ampliassem a perspectiva clínica. O movimento em pauta ficou conhecido por Projeto Preventivista.

O Projeto em questão é fruto de uma crítica ao modelo de Saúde Pública e visava superar as limitações deste por meio de uma reforma pedagógica. Instala-se a preocupação com uma perspectiva biopsicossocial do indivíduo através das ciências sociais e a extensão da atuação pedagógica para fora do hospital por meio da criação de trabalhos comunitários (NUNES, 1994).

O autor acrescenta que, dessa forma, temas como a epidemiologia, ciências da conduta (sociologia, antropologia e psicologia), administração de serviços de saúde e bioestatística fazem parte da formação médica, concebendo-a um caráter mais social, assumindo uma atitude culturalista e comportamental.

Com isso, o conceito de saúde passa a ser representado por metáforas gradualistas – ou seja, possuindo fases, do processo saúde-enfermidade, que justificam conceitualmente intervenções prévias à ocorrência concreta de sinais e sintomas em uma fase pré-clínica. A própria noção de prevenção é redefinida em primária, secundária e terciária, que culmina incorporando a totalidade da prática médica ao novo campo discursivo (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998).

O “dilema preventivista”, como nomeou Arouca (1975), por não se tratar de uma reforma setorial e por apresentar mudanças somente em nível retórico, esteve limitado apenas a reformas universitárias, com pouca pretensão e capacidade de transformação em nível macro, se aproximando mais de um projeto pedagógico desvinculado dos serviços de saúde existentes na comunidade, do que um real transformador da prática médica (NUNES, 2006; MIRANDA; MOURA; LIMA, 2003).

Apesar do objetivo de transformar a prática médica mediante a formação não ter se concretizado, o Projeto Preventivista contribuiu para uma mudança de perspectivas no campo da saúde, em especial na América Latina.

No Brasil, após a Reforma Universitária de 1968, que impulsionou mudanças no currículo mínimo e a inserção das ciências sociais, alguns departamentos de Medicina Preventiva passaram a adotar uma posição de crítica a realidade da relação medicina-sociedade e da própria prática médica, na perspectiva de que novas transformações pudessem vir a acontecer, baseadas mais em um modelo de medicina social do que no projeto preventivista (NUNES, 2006).

Dessa forma, com a percepção de que tentar obter a transformação das práticas de saúde, em especial da atenção médica, mediante a formação de um profissional capacitado para realizar essas mudanças, não haviam se concretizado vê-se novamente a necessidade de superação da problemática no campo da saúde que se intensificava devido às tensões sociais promovidas pela crescente desigualdade entre classes, negação de direitos humanos básicos e a pobreza (NUNES, 1994).

Como proposta de enfrentamento, a Saúde Comunitária se evidencia, entre o final da primeira metade e o início da segunda metade do século XX, também nos

Estados Unidos, em um período de grande mobilização popular e intelectual em torno das questões sociais.

A Saúde Comunitária significou uma resposta à baixa cobertura de assistência à saúde dos mais pobres, tais como comunidades carentes de migrantes ou de estratos de baixa renda, e à baixa cobertura aos idosos, que, por estarem fora do mercado de trabalho, também ficavam sem acesso aos serviços de saúde (DONNANGELO; PEREIRA, 1976).

Tal modelo de atenção com enfoque em grupos vulneráveis visava reduzir as tensões sociais nas periferias das principais cidades norte-americanas por meio da inserção dos centros comunitários de saúde, que efetuavam ações de cuidados básicos e preventivos (MIRANDA; MOURA; LIMA, 2003; OSMO; SCHRAIBER, 2015).

A base da Saúde Comunitária surge por meio do que ficou conhecido por Relatório Dawson, publicado em 1920 por Bertrand Dawson e retomado na segunda metade do século XX. Criticando o Relatório Flexner, compreendia que os serviços de saúde deveriam ampliar sua oferta a partir de necessidades da comunidade, com caráter generalista, superando o âmbito da assistência individual (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998).

A Saúde Comunitária previa programas de promoção, proteção e cura, ofertados a grupos vulneráveis e de riscos, com ênfase no público materno-infantil, por meio dos Centros Primários de Saúde.

Tais grupos recebiam uma atenção à saúde desenvolvida por um serviço de medicina preventiva e curativa sob a responsabilidade de um médico generalista e de um serviço de enfermagem eficiente, bem como acompanhada por consultores e especialistas visitantes (MIRANDA; MOURA; LIMA, 2003; PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998).

Assim, os referidos serviços deveriam estar vinculados a Centros de Saúde Secundários, que por sua vez deveriam estar vinculados ao Hospital, o que confere a característica de hierarquização ao atendimento. Vale salientar, ainda, que tal forma de organização deveria funcionar na perspectiva de implementar a referência e a contrarreferência (MIRANDA; MOURA; LIMA, 2003).

Os serviços produzidos pela Saúde Comunitária se referiam as atividades de atenção à saúde da mulher e da criança; ao controle de doenças transmissíveis; ao saneamento ambiental; a manutenção de sistemas de informação; a educação em

saúde; a enfermagem de saúde pública; e a assistência médica de baixo grau de complexidade. Esses, fazem parte dos “serviços básicos de saúde” definidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1953 (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998).

No entanto, os preceitos da Saúde Comunitária não acontecem em sua plenitude na América Latina. O caráter simplificado das ações destinadas aos grupos vulnerabilizados tornou-se aliado do Estado na região, conferindo ações de baixo custo a uma demanda crescente de atenção à saúde.

Vale salientar, ainda, que a alguns programas, por agradarem ao *modus operandi* do governo, foi conferido caráter coercitivo, haja vista a possibilidade de controle por parte do Estado, como, por exemplo, o interesse econômico no controle do crescimento da população mais pobre por meio do planejamento familiar (MIRANDA; MOURA; LIMA, 2003).

É inegável, apesar disto, a contribuição da Saúde Comunitária para o campo da saúde, uma vez que conferiu um espaço significativo de politização da área – explicitando problemáticas até então negligenciadas, criticidade e reflexão acerca do modelo de saúde vigente, tanto no âmbito teórico quanto prático. Se caracterizando, portanto, num movimento de mudança nas políticas públicas de saúde em nível nacional, em um momento que no qual o país vivia um regime ditatorial militar, calcando o caminho para as transformações futuras do setor saúde² (MIRANDA; MOURA; LIMA, 2003 apud TIMÓTEO, 2000).

A partir disso, já na década de 1970, ocorre uma efervescência teórica na tentativa de superação e elaboração de projetos alternativos ao sistema de saúde vigente. É quando as relações entre saúde e sociedade ganham outras perspectivas de análise, em especial nas ciências da conduta; a emergência do paradigma marxista, na vertente trazida por Althusser, além, também, da corrente estruturalista, por meio de Foucault e Lévi-Strauss, bem como as análises de Gramsci; também é a época em que emergem as discussões no campo da psiquiatria, com Basaglia, Castel, Laing e Cooper.

² O marco conceitual da Medicina Comunitária voltaria a ser debatido e referendado na Assembleia Mundial de Saúde, por meio da Conferência Internacional de Alma Ata, já em 1978, onde foi discutido sobre a importância da Atenção Primária à Saúde (APS), reafirmando o direito do homem de ter acesso a saúde, a responsabilidade política dos governos, além do reconhecimento da determinação intersetorial, bem como o estabelecimento da APS como estratégia privilegiada de operacionalização das metas da Saúde Para Todos no Ano 2000 (SPT-2000), implicitamente incorporando elementos da saúde comunitária (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998).

Outrossim, se assumia que a grande meta era garantir, através da intervenção do Estado, a saúde como um direito inalienável para todos os indivíduos, já não mais com a ideia da saúde pública desenvolvimentista, que acreditava que a melhora da situação econômica alavancaria junto consigo as condições da saúde (NUNES, 1994).

Tais abordagens, dessa forma, subsidiariam uma parcela do ensino e da produção acadêmica da área da Medicina Social que serviriam, futuramente, de base para a construção do campo da Saúde Coletiva. Tal orientação se refere tanto à prática médica quanto a sua organização, objetivando, dessa forma, estabelecer uma formação generalista, crítica e política, não somente no que diz respeito aos assuntos acadêmicos, mas também os relacionados às realidades dos serviços de saúde e da comunidade (MIRANDA; MOURA; LIMA, 2003).

Trata-se, logo, de um momento positivo referente à Medicina Social no cenário brasileiro, tendo em vista a quantidade e qualidade das produções acadêmicas, além da ascensão dos movimentos sociais relativos à medicina e à saúde, com participação tanto de profissionais quanto da população, dando visibilidade social à problemática da saúde (NUNES, 2006; MIRANDA; MOURA; LIMA, 2003).

Para os autores, na segunda metade da década de 1970 e início da década de 1980, emergem novos cursos de pós-graduação na área das ciências sociais, bem como cursos extensivos a outros profissionais de saúde.

Deve ser ressaltada, ainda, a importância de órgãos fundamentais para a propagação dos fundamentos que norteiam a construção de um novo campo de saberes e práticas na área da saúde. Instituições como a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – ABRASCO (1979), o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES (1976), bem como as Associações dos Médicos Sanitaristas, os Conselhos Nacional, Estadual e Municipal de Saúde, dos Secretários de Saúde, entre outros. Todos se constituíram órgãos de pressão inseridos dentro da máquina do Estado, das Universidades e da Sociedade Civil (MIRANDA; MOURA; LIMA, 2003).

Estava delineado, portanto, o caminho para que fosse possível ser realizado um salto qualitativo em termos do ensino e da pesquisa em moldes acadêmicos, formando mestres e doutores em medicina preventiva, saúde pública e medicina social, com pesquisas sociais e epidemiológicas sobre os fatores econômicos da

doença e do sistema de saúde, associadas a discussão de propostas alternativas ao sistema de saúde vigente (NUNES, 1994; NUNES, 2006).

Diante disso, já se podia afirmar que as bases de sustentação teórica da Saúde Coletiva se encontravam em pleno desenvolvimento, no Brasil, a partir da década de 1970, enquanto movimento ideológico. Portanto, se trata de um período em que o campo da Saúde Coletiva iniciou a sua estruturação formal, especialmente no que diz respeito à formação de recursos humanos, no papel da Financiadora de Estudos e Projetos (FINEP) no apoio ao desenvolvimento tecnológico e inovação, e no avanço das ciências sociais em saúde (NUNES, 2006; PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998).

A ideia de uma área denominada Saúde Coletiva, no entanto, somente seria tratada no ano de 1978, em dois momentos: no I Encontro Nacional de Pós-graduação em Saúde Coletiva, realizado em Salvador, Bahia, e na Reunião sub-Regional de Saúde Pública da Organização Panamericana da Saúde/*Asociación Latinoamericana de Escuelas de Salud Pública* (OPAS/ALESP), realizada em Ribeirão Preto; ambas tiveram como objetivo redefinir a formação de pessoal para o campo da saúde, e culmina na criação da já citada ABRASCO, em 1979 (NUNES, 1994).

Dessa forma, a Saúde Coletiva se evidencia como um campo de saberes e práticas construído por meio das experiências acumuladas nos modelos de saúde anteriores, bem como pelo exercício crítico e político, fortalecido e consolidado nas práticas teóricas que o fundamenta (MIRANDA; MOURA; LIMA, 2003).

A Saúde Coletiva expressa-se, portanto, para Nunes (1994), tridimensionalmente enquanto corrente de pensamento, pela identidade que a distancia da experiência dos demais países da América Latina; como movimento social, enquanto se articula a um conjunto de condições políticas e institucionais, que possibilita a inserção no mercado de trabalho, até mesmo contando com apoio financeiro para projetos; e como prática teórica, por fornecer uma linha de pensamento e de fundamentação necessária no campo dos saberes e na prática.

Sendo assim, faz-se necessário uma diferenciação da Saúde Coletiva em relação à Medicina Social. Esta expressa-se enquanto uma teoria social da medicina em relação a alguns temas isolados, como no processo saúde-doença, a historicidade do saber e da prática médica e a organização social da prática médica. Já a Saúde Coletiva possibilita a construção de uma teoria social da medicina, uma

vez que se permite pensar na interdisciplinaridade entre as ciências sociais e naturais, sem restringir-se a um único método, ou seja, o histórico cultural, ou refém da contribuição da ciência política (MIRANDA; MOURA; LIMA, 2003; CANESQUI, 1995; NUNES, 1994).

Assim, os debates relacionados à Saúde Coletiva possibilitaram algumas contribuições já na década de 1980. Se tratava de um momento especial na história brasileira, o país passava por um processo de redemocratização, após o regime ditatorial de 21 anos, juntamente com um processo de universalização das políticas sociais, inclusive àquelas, referentes a saúde (NUNES, 2006).

No setor saúde, entra em cena nos anos de 1980 o Movimento de Reforma Sanitária, importante espaço de discussão dos setores comprometidos com a construção de uma nova política de saúde para o Brasil. Fundamentado nas bases da Saúde Coletiva, tal movimento opera uma leitura da crise da medicina mercantilizada, bem como de sua ineficiência, enquanto propõe a organização de um sistema de saúde capaz de responder às demandas prevalentes, de gestão democrática e administrado com base na racionalidade do planejamento (FLEURY, 2009).

Segundo Paim (2008), pode-se definir o movimento de Reforma Sanitária enquanto uma reforma social baseada em elementos voltadas à democratização da saúde, o que implica na ampliação da consciência sanitária e o reconhecimento do direito pleno à saúde, inerente à cidadania, com garantias de acesso universal e igualitário e à participação social no estabelecimento de políticas e na gestão.

Para o autor, implica ainda a democratização do Estado e seus aparelhos, assegurando a descentralização do processo decisório e o controle social, fundamentando a ética e a transparência nos processos; a democratização da sociedade e da cultura, alcançando os espaços da organização econômica e da cultura, seja na produção e distribuição justa da riqueza, 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.

O movimento citado tinha (e ainda tem) uma concepção de saúde entendida não como mera prestação de serviços, mas como uma expressão das condições gerais de vida, com serviços de acesso universal e equânime para as populações, descentralizado, com participação social ativa e uma assistência de caráter integral,

logo, exigia transformações à níveis estruturais para o setor no país (MIRANDA; MOURA; LIMA, 2003).

Tais reivindicações do Movimento de Reforma Sanitária geram mobilização nos órgãos comprometidos com o setor saúde brasileiro e se evidenciam na organização e realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, em que os debates e proposições, embasados no conhecimento teórico e científico produzido na área de Saúde Coletiva, possibilitou a inclusão do conceito ampliado de saúde pré-estabelecido no texto da Constituição Federal, em 1988 (PAIM, 2008; MIRANDA; MOURA; LIMA, 2003).

No artigo 196 da referida Constituição (1988, art. 196) dispunha que a saúde deve ser *direito de todos e dever do Estado*, fato assegurado por meio da implementação de políticas públicas sociais, econômicas e de saúde. Destaca-se dentro de tais políticas a criação do Sistema Único de Saúde – SUS (MIRANDA; MOURA; LIMA, 2003).

O SUS reflete o modelo de saúde debatido pelo Movimento de Reforma Sanitária. Trata-se de um modelo de atenção à saúde de caráter político, com gestão democrática, sob a responsabilidade do Estado e com controle social, descentralizado, de atenção integral e acesso universal e equânime (FLEURY, 2009).

Com o avanço da Reforma Sanitária Brasileira, fica claro o caráter propositivo da Saúde Coletiva, quando sugere uma nova forma de pensar/fazer saúde nos mais diversos âmbitos do setor, incorporando uma outra concepção do processo saúde-doença com uma perspectiva de construir um projeto sanitário contra-hegemônico ao modelo clínico dominante (MIRANDA; MOURA; LIMA, 2003).

Contudo, os anos seguintes a implantação do SUS – final do século XX e início do século XXI, ocorrem em um contexto de crise econômica profunda no país, o que favoreceu o projeto neoliberal, que defendia (e ainda defende) uma forte redução da presença do Estado, seja na economia ou nas políticas sociais, interferindo na formação da força de trabalho em saúde e nas Universidades (FLEURY, 2009).

Faz necessário, dessa forma, que o campo da Saúde Coletiva se renovasse/renove como tentativa de acompanhar as constantes transformações da realidade, incorporando para si concepções que a distanciam da sua base e a aproxime de modelos anteriores, distorcendo aquilo que se defendia quando

constituída. A emergência de tais concepções dentro da Saúde Coletiva será o objeto de estudo nos capítulos subsequentes.

Diante do exposto, a concepção de Saúde Coletiva que orienta o presente estudo, está alicerçada nos estudos de Breilh (1991) quando propõe a Saúde Coletiva como “um novo que fazer estatal” e foca no coletivo como seu objeto, pois se aproxima ainda mais do caráter transformador e emancipador necessário para a superação dos entraves que permeiam o conhecimento, a formação e a prática no campo da saúde. Logo, dessa forma, demarcando o espaço da Saúde Coletiva.

Segundo o autor, a Saúde Coletiva se evidencia vinculada a um esforço de transformação, como um “veículo de construção alternativa da realidade” objeto da ação, dos métodos para estudar essa realidade e das formas de práxis que se requerem.

Ainda para Breilh (1991), a Saúde Coletiva propõe a determinação histórica do processo coletivo de produção de estados de saúde-doença; incorpora o método materialista histórico dialético como norteador. Desse modo, a Saúde Coletiva se coloca, ainda, como um recurso de luta popular e de crítica/renovação estratégicas do que fazer estatal, propondo, dessa forma, uma ação para mudança radical de uma determinada realidade.

Corroborando com Breilh e a partir das suas ideias, Miranda, Moura e Lima (2003) reforçam que a Saúde Coletiva faz emergir novos objetos e formas de intervenções que produzam um saber de qualidade para a área da saúde. A forma de conceber o processo saúde-doença como acontecimentos históricos e sociais exige uma outra postura política, reorganização na estrutura dos serviços e do próprio trabalho, bem como um novo modelo de formação.

A determinação social do processo saúde-doença, enquanto processo transformador, estabelece como ordem hierárquica os níveis coletivo e individual como entendidos na Saúde Coletiva. Portanto, enquanto processo social, o objeto se concentra nas formas econômicas e estruturais as quais se estabelecem os processos particulares das reproduções sociais (BREILH, 1991)

Ou seja, enquanto processo de determinação social, a saúde-doença irá se caracterizar enquanto determinada historicamente e socialmente, no qual as condições de vida e de trabalho – locais de reprodução social – irão delimitar os potenciais de fragilidades e benefícios que caracterizam as formas de adoecer, viver e morrer (MIRANDA; MOURA; LIMA, 2003).

A Saúde Coletiva, ainda nessa perspectiva, surge enquanto veículo de construção alternativa de superação do modelo tradicional de Saúde Pública quando suas críticas se estabelecem no fato da necessidade de (re)pensar o inespecífico público/objeto referente à política de prevenção sob a égide do Estado, dando-lhe uma nova denominação, ou seja, de coletivo (MIRANDA; MOURA; LIMA, 2003).

Tal ênfase do coletivo enquanto objeto da saúde requer uma perspectiva ampliada do que seria esse coletivo. Entender este dentro de um nível de grupo – que por sua vez é constituído em função de suas características sociais, ou seja, entendê-lo dentro da sociedade, na sua estrutura e na sua dinâmica, ou seja, contorná-lo pela totalidade, decompô-lo em “grupos sociais homogêneos”, localizando o indivíduo e sua família em tais grupos e este por sua vez na totalidade (QUEIROZ; SALUM, 1996).

Visualizar o coletivo dentro da dinâmica da sociedade significar situá-lo no processo de reprodução da sociedade, ou seja, o da produção e o da reprodução/consumo. Tratam-se de momentos intrinsecamente articulados que mantem sempre a intencionalidade do processo. No primeiro momento, são gerados produtos necessários à sobrevivência e ao desenvolvimento das potencialidades do coletivo (cultura, arte etc.). Já no segundo momento, o coletivo consome/usufrui aquilo que foi produzido (BREILH, 1991).

O autor acrescenta que, dessa forma, tal concepção de coletivo leva em consideração os direitos sociais, o caráter histórico que marca os modos de adoecer e morrer, muda o foco do corpo biológico para os corpos sociais, se compromete com as condições de vida social e faz crítica ao indivíduo como único responsável por seu processo saúde-doença.

A maior ênfase no social advém do método materialista histórico dialético incorporado pela Saúde Coletiva, que contribui na construção de uma cultura de transformação, que fertiliza o que fazer inovador e favorece um compromisso com as classes sociais subordinadas; na consolidação de um saber crítico, superando uma visão estática e reducionista, ampliando os caminhos para uma compreensão diferenciada da relação entre o biológico e o social, individual e coletivo, necessidade e o acaso, transformando o princípio de causalidade (BREILH, 1991).

Para o autor, favorece ainda, numa interpretação objetiva das instâncias da “prática” e do “Estado”, revelando seu verdadeiro caráter e suas forças determinantes e transformando as concepções funcionalistas do que fazer; na

transformação na teoria do conhecimento, possibilitando um estudo objetivo dos determinantes da formação e das características do saber, bem como as profundas repercussões na pedagogia e no processo ensinar-aprender na formação em saúde por meio das modalidades de trabalho-estudo.

Tal perspectiva dialética influencia também na visão do autor sobre o biológico/natural, ou seja, a relação dos organismos com o seu ambiente não é de homeostase ou de adaptação. Trata-se, na verdade, de um processo dinâmico e contínuo dos organismos para manter a relação de produção e reprodução.

Um padrão de transformação permanente, de tal forma que o ambiente é um produto do organismo tanto como o organismo é fruto do ambiente. O organismo adapta o ambiente a suas necessidades em curto prazo, mas, a longo, o organismo se adapta a um ambiente que está sempre mudando – em função das ações do próprio organismo particular às espécies (BREILH, 1991).

Por fim, o caráter transformador radical da Saúde Coletiva advém da perspectiva de que exige mudanças nas condições de vida e de trabalho e aponta para transformações do modo de produção e das relações sociais ligados a este. É, também, uma bandeira de (re)definição das propriedades do Estado pois desvenda o caráter de classe das políticas públicas, alertando para a forma dominada e marginal com que as definem (MINAYO, 1999).

Para a autora, o apelo à transformação das condições de vida e de trabalho é ao mesmo tempo apelo à luta, no interior do aparelho do Estado, pelas prioridades sociais que se colocam sempre em relação de negatividade com os interesses econômicos. Dessa forma, é um tema da prática política da classe trabalhadora.

3 CAPÍTULO II: A SAÚDE COLETIVA NA PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO

O resgate histórico realizado no capítulo anterior contribui para fornecer os elementos que constituem e fundamentam a identidade da Saúde Coletiva, além de delimitá-la e estabelecer sua prática e o produto desta. Isto se deu a partir de avanços e rearranjos existentes na Medicina Social, Saúde Pública, do Projeto Preventivista e na Saúde Comunitária.

Tais rearranjos são frutos de um conjunto de eventos que marcam uma mudança de perspectiva em relação ao social e ao coletivo, produto de um contexto socioeconômico e político-ideológico mais amplo, como também as sucessivas crises, presentes tanto no plano epistemológico, como das práticas em saúde e da formação de recursos humanos em saúde.

Campos (2000) reforça tal fato afirmando que a Saúde Coletiva é uma construção histórica e social e que, portanto, está amarrada a valores, ou seja, resultante da ascensão e da luta de alguns em relação a outros. A partir disso, pode-se afirmar que os eventos que permearam a Medicina Social, a Saúde Pública, o Projeto Preventivista e a Saúde Comunitária acabaram por contribuir paulatinamente na construção de um território próprio para a Saúde Coletiva, bem como para a ampliação/delimitação da sua fronteira (NUNES, 2007).

No entanto, muitas tem sido as tentativas de se definir a Saúde Coletiva, porém tornou-se difícil uma delimitação única a respeito. Pode-se relacionar tal falta à interdisciplinaridade e às tensões epistemológicas internas ao campo à impossibilidade de uma teoria unificadora que explique o conjunto dos objetos de estudo. Logo, tal dificuldade se encontraria no fato de se tratar de uma criação que extrapola os limites disciplinares e que se apresenta na interface de áreas do conhecimento detentoras de especificidades teóricas e conceituais (NUNES, 2007; NUNES, 2005).

Em caráter de resultado, delimita-se, a seguir, o Quadro 1, composto pelos artigos objetos de análise do presente estudo. Vale Salientar que a exposição no quadro se dá por ordem cronológica de produção – indo da mais antiga a mais atual – que se propôs a discutir conceitos/concepções ou aprofundar aspectos relativos à Saúde Coletiva.

Os artigos estão caracterizados no Quadro 1 com o título, autor, revista, ano de publicação e resumo. Salienta-se, ainda, que foram obtidos a partir da busca nas

bases de dados LILACS, MEDLINE e SciELO por meio dos descritores Saúde Coletiva, Medicina Social e Saúde Pública, até 17 de março de 2018.

Quadro 1 – Artigos que discutem a concepção da Saúde Coletiva ou aprofundam algum aspecto da mesma presentes nas bases de dados LILACS, MEDLINE e SciELO por meio dos descritores Saúde Coletiva, Medicina Social e Saúde Pública até 17 de março de 2018

Nº	TÍTULO	AUTOR	REVISTA	ANO	RESUMO
01	Saúde coletiva: história de uma idéia e de um conceito	Everard o Duarte Nunes	Saúde e Sociedade	1994	O presente trabalho procura resgatar de forma sintética a trajetória histórica e conceitual da "Saúde Coletiva", evidenciando as suas raízes nos projetos preventivistas e da medicina social. Estes projetos, que se estenderam a partir dos anos 50 e que culminam com a idéia da chamada "Saúde Coletiva", apresentam aspectos que os diferenciam na apreensão do social e do coletivo. Ao tratar especificamente da idéia de uma Saúde Coletiva, o texto aponta para a sua tríplice dimensão: como corrente de pensamento, como movimento social e como prática teórica.
02	Saúde coletiva: uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas?	Jairnilso n S. Paim; Naomar de Almeida Filho	Revista de Saúde Pública	1998	Trata-se de ensaio que apresenta um estudo exploratório da retórica paradigmática da saúde com o objetivo de analisar os principais elementos de discurso dos movimentos ideológicos que historicamente construíram o campo social da saúde, particularmente na segunda metade do século XX. São destacados os esforços empreendidos pela Organização Panamericana da Saúde para debater a teoria e a prática da saúde pública na região das Américas cotejando-os com as demandas emergentes no contexto econômico, político e social dos países latino-americanos. Neste particular, destaca-se a necessidade de construir uma agenda política comum, a partir da confluência de três temáticas - reforma setorial, "Renovação da Saúde para Todos" (RSPT) e "nova saúde pública", contemplando os planos doutrinário, conceitual, metodológico e operativo. Apresenta-se uma breve sistematização do marco conceitual da saúde coletiva, em elaboração na América Latina, situando mais particularmente as suas potencialidades de construção de um conhecimento transdisciplinar. Conclui-se que, apesar de em si não constituir um paradigma, a saúde coletiva, enquanto movimento ideológico comprometido com a transformação social, apresenta possibilidades de articulação com novos paradigmas científicos capazes de abordar o objeto saúde-doença-cuidado respeitando sua historicidade e integralidade.
03	Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas	Gastão Wagner de Sousa Campos	Ciência & Saúde Coletiva	2000	O artigo discute o campo e o núcleo de saberes e de práticas da saúde coletiva a partir de um metodologia dialética, pensando-a para além do positivismo e do estruturalismo e fazendo uma crítica à sua tendência de assumir posição de transcendência sobre o campo da saúde. A partir dessa análise são elaboradas sugestões para debate, relacionadas centralmente com saúde coletiva entendida como construção sociohistórica de sujeitos concretos.
04	O lugar das ciências sociais na saúde coletiva	Maria Andréa Loyola	Saúde e Sociedade	2012	Este texto retoma, em forma de questão, o tema do V Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas da ABRASCO, realizado em abril de 2011 em São Paulo, e indica que o lugar das Ciências Sociais na Saúde Coletiva é - e não poderia deixar de ser - central. Diferentemente do que ocorreu na Saúde Pública, a saúde coletiva nasceu na academia, em um momento em que não mais se tratava de organizar um sistema público de saúde, mas de ampliá-lo e estendê-lo a toda a população do país. O próprio termo "saúde coletiva" evoca o estudo da saúde de uma coletividade enquanto sistema social. Assim, a presença das ciências sociais e das ciências humanas na saúde coletiva, mais do que importante, é a base mesma, o cimento que constitui e alicerça a área. Em que pese a especificidade do campo, dada pela perspectiva social contida na palavra coletiva, é a palavra saúde que vem sendo sempre retida e utilizada nas classificações internas e externas à área, como no caso das agências de fomento; nestas, a saúde coletiva é classificada como pertencente à grande área da saúde, com todas as consequências que isso implica, notadamente a submissão à lógica biomédica. Como toda classificação e hierarquização,

					este lugar impõe às subáreas da saúde coletiva os critérios de mérito das ciências médicas, e ao mesmo tempo pode ser utilizado para desvalorizar o conhecimento produzido pelas demais disciplinas.
05	Ciências sociais e saúde pública/coletiva: a produção do conhecimento na sua interface	Amélia Cohn	Saúde e Sociedade	2013	O artigo trata das relações entre ciências sociais e saúde na produção do conhecimento em Saúde Pública/Coletiva. Aborda os desafios de se articular as várias áreas do conhecimento que compõem esse campo; as dificuldades de construção de uma agenda de pesquisa frente às demandas das políticas públicas de saúde, da marca de seu surgimento enquanto um campo de conhecimento não só empírico mas também militante a favor da construção da saúde como um direito e um bem público.
06	Análise de políticas, políticas de saúde e a Saúde Coletiva	Jeni Vaitsman; José Mendes Ribeiro; Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato	Physis: Revista de Saúde Coletiva	2013	O artigo analisa o desenvolvimento da Saúde Coletiva no Brasil como um campo que se estruturou com base em ao menos três princípios similares aos das policy sciences definidas nos Estados Unidos por H. Laswell na década de 1950: multidisciplinaridade, resolução de problemas e normatividade. A partir daí, a ideia de uma ciência aplicada à tomada de decisão para as políticas públicas difundiu-se sob o nome de análise de políticas. Enquanto nos Estados Unidos a normatividade foi vista pelos cientistas políticos como incompatível com a ciência, no Brasil esta convergência esteve na base da institucionalização da Saúde Coletiva como um campo acadêmico interdisciplinar e de intervenção nas políticas de saúde a partir dos anos 70, quando o movimento pela reforma na saúde avançou sustentado em várias frentes, como academia, governo, sindicatos e outros movimentos sociais. Com a consolidação democrática e as mudanças de porte empreendidas no setor saúde, a incorporação de conhecimento científico às decisões em políticas de saúde também ocorreu no Brasil, destacando-se a produção da Saúde Coletiva reunindo ação política e conhecimento. Aborda-se, no desenvolvimento do campo da Saúde Coletiva: por um lado, o apoio do Ministério da Saúde a estudos orientados à política e o da Abrasco, no reconhecimento do caráter multidisciplinar e normativo da Saúde Coletiva. Por outro, na esfera da acreditação acadêmica, as disputas epistêmicas e a competição por recursos financeiros com o predomínio das formas de legitimação baseados nos critérios da biomedicina que vêm colocando em xeque os princípios normativos, multidisciplinares e orientados às políticas que haviam originado o campo.
07	O campo da Saúde Coletiva no Brasil: definições e debates em sua constituição	Alan Osório; Lília Blima Schraiber	Saúde e Sociedade	2015	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.
08	Os acertos de Descartes: implicações para a ciência, biomedicina e saúde coletiva	André Luis de Oliveira Mendonça; Kenneth Rochel de Camargo Jr	Cadernos de Saúde Pública	2016	A "visão recebida" acerca das ideias de Descartes contribuiu com a sedimentação da imagem de um pensador dualista que teria separado radicalmente mente e corpo, tendo sido responsável, conseqüentemente, por ter fornecido os alicerces da "modernidade cindida". Não faltam epítetos, que atualmente soam de modo depreciativo, para se referir ao pensamento cartesiano: mecanicismo, determinismo, reducionismo, entre outros. Neste artigo nós desenvolvemos o argumento de acordo com o qual Descartes não foi um dualista do tipo como normalmente se supõe. Com base em uma releitura de duas das suas principais obras (Discurso do Método e Meditações Metafísicas) e de uma discussão com a

					nova literatura sobre o tema, sustenta-se a tese de que a superação da referida "visão recebida" pode produzir uma nova luz - nas discussões no/do campo da saúde coletiva - que pode dar relevo ao chamado paradigma ampliado da saúde (a valorização de outros aspectos que não apenas o biológico ou fisiológico, tais como o psicológico, social, econômico, cultural, político).
--	--	--	--	--	---

Fonte: Dados da pesquisa

Após leitura minuciosa destes artigos para o tratamento dos dados, foi possível chegar a elaboração de três categorias para a melhor discussão do conteúdo proposto. São elas: 1) Saúde Coletiva: tentativas de delimitação; 2) As Ciências Sociais na Saúde Coletiva; e 3) Saúde Coletiva enquanto sinônimo de Saúde Pública. Na discussão, cada categoria será acompanhada por um quadro sinóptico expondo os artigos a serem debatidos.

3.1. SAÚDE COLETIVA: TENTATIVAS DE DELIMITAÇÃO

Nessa seção discutiremos com os artigos que se propuseram a trazer possíveis delimitações da Saúde Coletiva. Estes por sua vez estão expostos no Quadro 2 subsequente:

Quadro 2 – Artigos que buscaram delimitar a Saúde Coletiva presentes nas bases de dados LILACS, MEDLINE e SciELO, por meio dos descritores Saúde Coletiva, Medicina Social e Saúde Pública, até 17 de março de 2018

Nº	TÍTULO	AUTOR	REVISTA	ANO	RESUMO
01	Saúde coletiva: história de uma idéia e de um conceito	Everard o Duarte Nunes	Saúde e Sociedade	1994	O presente trabalho procura resgatar de forma sintética a trajetória histórica e conceitual da "Saúde Coletiva", evidenciando as suas raízes nos projetos preventivistas e da medicina social. Estes projetos, que se estenderam a partir dos anos 50 e que culminam com a idéia da chamada "Saúde Coletiva", apresentam aspectos que os diferenciam na apreensão do social e do coletivo. Ao tratar especificamente da idéia de uma Saúde Coletiva, o texto aponta para a sua tríplice dimensão: como corrente de pensamento, como movimento social e como prática teórica.
02	Saúde coletiva: uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas?	Jairnilson S. Paim; Naomar de Almeida Filho	Revista de Saúde Pública	1998	Trata-se de ensaio que apresenta um estudo exploratório da retórica paradigmática da saúde com o objetivo de analisar os principais elementos de discurso dos movimentos ideológicos que historicamente construíram o campo social da saúde, particularmente na segunda metade do século XX. São destacados os esforços empreendidos pela Organização Panamericana da Saúde para debater a teoria e a prática da saúde pública na região das Américas cotejando-os com as demandas emergentes no contexto econômico, político e social dos países latino-americanos. Neste particular, destaca-se a necessidade de construir uma agenda política comum, a partir da confluência de três temáticas - reforma setorial, "Renovação da Saúde para Todos" (RSPT) e "nova saúde pública", contemplando os planos doutrinário, conceitual, metodológico e operativo. Apresenta-se uma breve sistematização do marco conceitual da saúde coletiva, em elaboração na América Latina, situando mais particularmente as suas potencialidades de construção de um conhecimento

					transdisciplinar. Conclui-se que, apesar de em si não constituir um paradigma, a saúde coletiva, enquanto movimento ideológico comprometido com a transformação social, apresenta possibilidades de articulação com novos paradigmas científicos capazes de abordar o objeto saúde-doença-cuidado respeitando sua historicidade e integralidade.
03	Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas	Gastão Wagner de Sousa Campos	Ciência & Saúde Coletiva	2000	O artigo discute o campo e o núcleo de saberes e de práticas da saúde coletiva a partir de um metodologia dialética, pensando-a para além do positivismo e do estruturalismo e fazendo uma crítica à sua tendência de assumir posição de transcendência sobre o campo da saúde. A partir dessa análise são elaboradas sugestões para debate, relacionadas centralmente com saúde coletiva entendida como construção sociohistórica de sujeitos concretos.
07	O campo da Saúde Coletiva no Brasil: definições e debates em sua constituição	Alan Osório; Lilia Blima Schraibe r	Saúde e Sociedade	2015	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.

Fonte: Dados da pesquisa

De antemão, pode-se afirmar que é predominante nos artigos objetos de análise do presente estudo que a Saúde Coletiva presume interdisciplinaridade. Além disso, pressupõe outras áreas de conhecimento para sua intervenção (multiprofissionalidade), bem como de que seja um trabalho a partir da realidade e de compromisso para a transformação desta.

Nunes (1994), no artigo seu trabalho intitulado “Saúde Coletiva: história de uma idéia e de um conceito” – estudo número 01 do quadro sinóptico –, por meio de um resgate histórico, reforça o caráter interdisciplinar da Saúde Coletiva afirmando que esta se baseia “na interdisciplinaridade como possibilitadora da construção de um conhecimento ampliado da saúde”; que atuando juntamente com a multiprofissionalidade, age como forma de “enfrentar a diversidade interna ao saber/fazer das práticas sanitárias” (NUNES, 1994, p.19).

A interdisciplinaridade possibilita um “conhecimento ampliado da saúde” por meio da perspectiva de abordar o real por diferentes formas. Permite uma postura

profissional que se movimenta para além dos limites das áreas específicas com um sentido de investigação e estudo de um dado objeto.

Reforçando esse aspecto, Miranda, Moura e Saraiva (2003) afirmam que a perspectiva interdisciplinar não fere a especificidade das profissões e muito menos de seus campos de especialidades. Na verdade, requer originalidade e a diversidade dos conhecimentos que produzem e sistematizam acerca de determinado objeto ou prática, permitindo uma pluralidade de contribuições para o melhor entendimento destes.

Nunes (1994, p.16) assume a Saúde Coletiva enquanto um “campo de saber e prática”, constituída nos “limites do biológico e do social” que vai além de um somatório dos referenciais Preventivistas, da Medicina Social e da Saúde Pública. Vê, ainda, o campo emergindo como corrente de pensamento, como movimento social e enquanto prática teórica.

Corrente de pensamento por meio do “acúmulo de experiências e o exercício crítico e político”, cuja originalidade “distanciava[...] das experiências de outros países latino-americanos”; enquanto movimento social por articular-se com “um conjunto de condições políticas e institucionais” para inserção no mercado de trabalho; e como prática teórica, por fornecer fundamentação necessária a prática”. (NUNES, 1994, p.16-18).

No que diz respeito a afirmação “*constituída nos limites do biológico e do social*”, se faz necessário aqui explicitar que a concepção e abordagem do Social e do Biológica, na Saúde Coletiva, também é repensada de forma a romper com a dicotomia existente.

Corroborando com Breilh (1991), no primeiro, deve-se levar em consideração a relação dialética de um dado indivíduo/coletivo com os fenômenos sociais, tais como a inserção no aparelho produtivo, de modo a considerar o lugar que se ocupa em um sistema de produção historicamente determinado, pelas relações em que se encontram frente aos meios de produção, pelo papel que se desempenha na organização do trabalho, bem como pelo modo e pela proporção em que percebem a parte da riqueza social de que dispõem.

Quando não feito isto, acaba por impedir a interpretação da origem e transformação das classes sociais; da relação entre estas e, portanto, o reconhecimento da dinâmica da determinação social do processo saúde-doença.

Além disso, partindo de uma análise dialética, pode-se retirar conclusões objetivas e predições certas sobre distribuição de risco de adoecer e de morrer – possibilidade de aperfeiçoamento ou deterioração no tempo –, discriminar os seres humanos de acordo com seu acesso ao controle ou desfrute dos processos que determinam sua reprodução social – qualidade de vida –, além do plano empírico do delineamento, bem como do acesso aos valores e benefícios que modelam e potenciam o estado de saúde ótimo (BREILH, 1991).

No que diz respeito ao biológico ou natural, partindo de uma visão dialética, este, por sua vez, é produto da contínua transformação da natureza inerte, vegetal, animal e humana, ou seja, é resultante de uma contínua transformação ocorrida através de muitas gerações sob controle humano e por meio do trabalho humano.

Isto posto, Breilh (1991) estabelece essa transformação natural – e social – ao consumo, enquanto na produção do sujeito, como no de produção, no que diz respeito ao consumo do sujeito. Nestes processos podem acontecer encadeamentos deteriorantes ou destrutivos do aspecto Biológico.

No que diz respeito ao objeto *Coletivo*, o autor reforça a importância de historicizar o coletivo enquanto forma de “reconhecer sua existência como fato e acontecimento”, e que sua construção deverá acontecer com a epidemiologia e as ciências sociais conjuntamente (NUNES, 1994, p.18).

Resgatando a discussão de Conh (s.d.) sobre o assunto, Nunes (1994, p.18) afirma que a autora aponta três perspectivas centrais:

- 1) que o coletivo irá se impor para a medicina, tanto para a prática curativa como de prevenção[...];
- 2) que a apreensão do coletivo apresenta especificidades próprias tanto para sua quantificação, como para a sua explicação;
- 3) que o coletivo é dinâmico, produto das relações sociais e que, ao se submeterem às suas regras, os indivíduos se submetem ativamente.

Dessa forma, vale salientar que, ao considerar única e exclusivamente um somatório de características individuais para a composição do coletiva, tem-se, na verdade, uma concepção de coletividade, e não de coletivo.

A constituição do coletivo se dá a partir do momento em que se unem em sociedade, se estabelecem em um determinado território, e que se faz necessário a produção com o intuito de satisfazerem suas necessidades. Para tanto se organizam para definirem o modo de produzir bem como o produto, e, dessa forma, estruturam sua vida.

Portanto, para entender o coletivo parte da premissa de visualizá-lo dentro de um nível de grupo – que por sua vez é constituído em função de suas características sociais, ou seja, entende-lo dentro da sociedade, na sua estrutura e na sua dinâmica, ou seja, contorna-lo pela totalidade, decompô-lo em “grupos sociais homogêneos”, localizando o indivíduo e sua família em tais grupos e este por sua vez na totalidade (QUEIROZ; SALUM, 1996).

Em se tratando de Paim e Almeida Filho (1998), no artigo intitulado “Saúde coletiva: uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas?”, colocam como elementos significativos do campo da Saúde Coletiva “a superação do biologicismo dominante, da naturalização da vida social, da submissão à clínica e da sua dependência ao modelo médico hegemônico” (p.310)

Nessa perspectiva, Paim e Almeida Filho (1998) trazem em seu trabalho, inicialmente, a Saúde Coletiva enquanto campo científico, em que se produzem saberes e conhecimentos sobre o objeto “saúde” e onde atuam distintas disciplinas que o contemplam em vários aspectos; e também enquanto âmbito de práticas, que diz respeito à atuação de diferentes organizações e instituições por diversos agentes dentro e fora do espaço convencionalmente designado como “setor saúde”, logo intersetorial.

Alguns pressupostos básicos do marco conceitual, que caracterizariam o campo da Saúde Coletiva enquanto ciência ou disciplina científica e a orientariam no ensino, na pesquisa e na extensão, são trazidos por Paim e Almeida Filho (1998, p.309) citando o trabalho de Paim (1982) – um documento de um período em que a Saúde Coletiva ainda estava em emergência. São eles:

- 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”

No entanto, partindo da perspectiva dos avanços teórico-epistemológico, frutos dos movimentos pela democratização das formações sociais latino-americanas, juntamente com as práticas sociais, os autores preferiram por adotar a visão da Saúde Coletiva como um campo interdisciplinar, e não como uma disciplina científica, como uma ciência, ou como especialidade médica – o que não impede a reutilização ou recontextualização dos pressupostos supracitados, sendo entendido, dessa forma, enquanto um campo de conhecimento e âmbito de práticas.

Os autores relacionam tal entendimento aos diálogos da Saúde Coletiva com a Saúde Pública e com a Medicina Social por meio das críticas aos referidos projetos e movimentos de reforma sanitária.

A partir disso “delimitaram provisoriamente”, tal qual como construída na década de 1970, a Saúde Coletiva enquanto um campo de conhecimento que contribui com a análise do processo saúde-doença enquanto processo construído socialmente; investiga a produção e distribuição das doenças na sociedade como processos de produção e reprodução social; analisa os processos de trabalho em saúde na sua articulação com as demais práticas sociais; procura envolver, enfim, as formas com que a sociedade identifica suas necessidades e problemas de saúde, busca sua explicação e se organiza para enfrentá-los, estando diretamente ligada às lutas ideológicas/epistemológicas (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998).

Após a década de 1970, surge a construção de novas teorias, enfoques e métodos da epidemiologia e da planificação em saúde, além de investigações concretas buscando a aplicação de métodos das ciências sociais no campo da saúde coletiva. A partir desse esforço, emergem no campo novos objetos de conhecimento e de intervenção, tais como os casos da comunicação social em saúde e da vigilância em saúde. Nesse aspecto, vale salientar o desenvolvimento científico e tecnológico do campo por meio das importantes contribuições nas áreas de Epidemiologia Social, Políticas e Práticas de Saúde, Planificação em Saúde, e Epistemologia e Metodologia em Saúde (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998).

Assim, a Saúde Coletiva pode, então, ser considerada enquanto um campo de saberes de natureza interdisciplinar, cujas disciplinas básicas são a epidemiologia, o planejamento/administração de saúde e as ciências sociais em saúde.

Contempla o desenvolvimento de atividades de investigação sobre o estado sanitário da população, a natureza das políticas de saúde, a relação entre os

processos de trabalho e doenças e agravos, bem como as intervenções de grupos e classes sociais sobre a questão sanitária (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998).

A Saúde Coletiva, enquanto âmbito de práticas, relaciona determinadas ações que tem por objeto as necessidades de saúde, como instrumentos de trabalho distintos saberes, disciplinas, tecnologias materiais e não materiais, e como atividades as intervenções centradas nos grupos sociais e no ambiente, independentemente do tipo de profissional e do modelo de institucionalização (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998).

Enfim, para Paim e Almeida Filho (1998) a Saúde Coletiva, pode ser entendida como um conjunto de saberes que dá suporte às práticas de distintas categorias e atores sociais frente às questões ligadas ao processo saúde-doença e da organização da assistência, encontra seus limites e possibilidades nas inflexões da distribuição do poder no setor saúde e numa dada formação social.

Assim, ressaltar o caráter histórico e estrutural da Saúde Coletiva significa reconhecer, teórica e empiricamente, um conjunto de práticas (econômicas, políticas, ideológicas, técnicas e outras) que tomam como objeto as necessidades sociais de saúde.

No que diz respeito ao processo saúde-doença, este se caracteriza por conter formas menores de movimentos, de caráter físico, biológico e social. Estes, por sua vez, se estabelecem hierarquicamente a depender das leis/concepções que os definam (BREILH, 1991).

Enquanto processo transformador – como é o caso da Saúde Coletiva – o processo saúde-doença deve apresentar em sua ordem hierárquica os níveis coletivo e individual como entendidos na Saúde Coletiva. Portanto, enquanto processo social, o objeto se concentra nas formas econômicas e estruturais as quais se estabelecem os processos particulares das reproduções sociais.

Ou seja, enquanto processo de determinação social, a saúde-doença irá se caracterizar enquanto determinado historicamente e socialmente, no qual as condições de vida e de trabalho – locais de reprodução social – irão delimitar os potenciais de fragilidades e benefícios que caracterizam as formas de adoecer, viver, morrer (MIRANDA; MOURA; LIMA, 2003).

Paim e Almeida Filho (1998) caracterizam a Saúde Coletiva, ainda, enquanto um enfoque de práticas que não se submetem, acriticamente, ao modelo de saúde pública institucionalizado nos países centrais/capitalistas, seja enquanto tipo

profissional ou modelo de organização de serviços de saúde. Portanto, a Saúde Coletiva preocupa-se com a saúde pública enquanto saúde do público, sejam indivíduos, grupos étnicos, gerações, castas, classes sociais, populações.

Pode-se afirmar, assim, que a Saúde Coletiva surge enquanto veículo de construção alternativa de superação do modelo tradicional de Saúde Pública quando suas críticas se estabelecem no fato da necessidade de (re)pensar o inespecífico público/objeto referente à política de prevenção sob a égide do Estado, dando-lhe uma nova denominação, ou seja, de coletivo (MIRANDA; MOURA; LIMA, 2003; BREILH, 1991).

Isso se dá, pois, além do seu suporte teórico ampliado, ao conceber o processo saúde-doença como acontecimentos históricos e sociais, exige uma outra postura política, reorganização na estrutura dos serviços e do próprio trabalho, bem como um novo modelo de formação capaz de contribuir com a transformação da realidade (MINAYO, 1999).

Para a autora, o caráter transformador radical da Saúde Coletiva advém da perspectiva de que exige mudanças nas condições de vida e de trabalho e aponta para transformações do modo de produção e das relações sociais ligados a este. É, também, uma bandeira de (re)definição das propriedades do Estado pois desvenda o caráter de classe das políticas públicas, alertando para a forma dominada e marginal com que as definem.

Logo o apelo à transformação das condições de vida e de trabalho é ao mesmo tempo apelo à luta, no interior do aparelho do Estado, pelas prioridades sociais que se colocam sempre em relação de negatividade com os interesses econômicos. Dessa forma, é um tema da prática política da classe trabalhadora (MINAYO, 1999).

Já no artigo “Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas”, Campos (2000) traz outra proposta para o entendimento da Saúde Coletiva, a partir de um pensamento dialético, como uma parte do campo da Saúde por meio de uma discussão acerca dos termos núcleo e campo.

Fazendo uma analogia, o autor propõe projetar o campo da saúde como uma matriz em que a Saúde Coletiva fosse uma parte, em distintos planos de inserção.

Dessa forma, compreende a Saúde Coletiva enquanto um núcleo¹ de saberes e práticas dentro do campo da saúde.

Ao denominar a Saúde Coletiva enquanto núcleo, o autor se contrapõe a uma tendência que identifica em outros autores de confundir a Saúde Coletiva com todo o campo Saúde. Para ele, tal tendência contribui para o enfraquecimento e fragmentação da Saúde Coletiva enquanto campo de saber e de práticas.

A partir disso, o núcleo da Saúde Coletiva compreenderia, para Campos (2000), ao apoio aos sistemas de saúde, ao embasamento e elaboração de políticas pública e à construção de modelos de saúde; a produção de explicações – por meio da perspectiva do impacto coletivo dos problemas de saúde, para os processos saúde/doença/intervenção; e a produção de práticas de promoção e prevenção de doenças – o traço mais específico da Saúde Coletiva para o autor.

Nessa perspectiva de embasamento de políticas públicas e construção de modelos de saúde, pode-se estabelecer relação ao novo *o que fazer* estatal que representa a Saúde Coletiva.

Esse novo *o que fazer* estatal, por sua vez, é fruto de uma cultura de transformação – de saberes, de práticas, da realidade etc. – livre e não alienada que fertiliza o campo da Saúde Coletiva e favorece o estabelecimento de um clima de compromisso com as classes subordinadas afetadas pelas desigualdades sociais produzidas pelo modo de produção capitalista.

Campos (2000), por meio da sua proposta, afirma que a inserção da Saúde Coletiva no campo da saúde dar-se-ia em dois planos distintos: o horizontal e o vertical. No plano horizontal, os saberes e práticas advindos da Saúde Coletiva iriam compor parte dos saberes e práticas de outras categorias e atores sociais. Dessa forma, todas as profissões de saúde, em alguma medida, deveriam incorporar em sua formação e em sua prática elementos da Saúde Coletiva.

Partindo dessa perspectiva, estaria na incumbência da Saúde Coletiva o estímulo às transformações de saberes e práticas de outros agentes envolvidos no campo da Saúde, contribuindo para mudanças do modelo de atenção e da lógica que norteia o funcionamento dos serviços de saúde em geral (CAMPOS, 2000).

¹ O autor entende *Núcleo* enquanto uma aglutinação de conhecimentos 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, sem, contudo, indicar um rompimento radical com a dinâmica do campo maior [O campo da Saúde].

A Saúde Coletiva favorece às transformações de saberes e práticas dos agentes envolvidos no campo da saúde por meio da consolidação de um saber crítico, que tem por objetivo transformar o conhecimento baseado no neopositivismo e a sua visão estática e reducionista (BREILH, 1991).

Tal fato abre perspectivas para investigar o mundo e a realidade a partir da dinamicidade pulsante que estes apresentam. Para tanto, é necessário de forma diferente – não dicotomicamente – a relação entre o biológico e o social, bem como os eventos individuais e os coletivos, dialeticamente.

Retornando à discussão proposta por Campos (2000), a outra inserção seria no plano vertical: a Saúde Coletiva enquanto uma área específica de intervenção. Seria uma área especializada e com valor de uso próprio, diferente de outras áreas de intervenção, como a clínica. Tratar-se-ia de espaço que para se institucionalizar necessitaria de definições formais tais como curso básico de formação, postos de trabalho no setor público e privado, associações de representação corporativa, ou seja, algo bem mais amplo do necessitado por um movimento ideológico (CAMPOS, 2000).

Osmo e Schraiber (2015), em seu artigo, se propõem a conceituar o campo da Saúde Coletiva no Brasil por meio de uma releitura das principais produções sobre a sua identidade a fim de delimitá-la.

Os autores afirmam que o campo da Saúde Coletiva pode não admitir apenas uma definição sobre sua delimitação e caracterização, por se tratar de um campo novo, houve nele ainda poucas “cristalizações no sentido de se formarem culturas tradicionais”, ao passo que existe, em seu interior, uma grande pluralidade e tensões em termos epistemológicos e disciplinares (OSMO; SCHRAIBER, 2015, p.217).

A Saúde Coletiva se encontra em construção e ainda com muito a caminhar na produção e em termos de reflexão acerca de sua própria identidade. Constitui um “campo vivo”, no entanto, a dificuldade em encontrar elementos aglutinadores pode representar, por um lado, uma fragilidade, ainda que, por outro, tornar a Saúde Coletiva um campo sempre aberto à incorporação de novos saberes (OSMO; SCHRAIBER, 2015, p.217).

Se por um lado essa abertura é boa, uma vez que possibilita uma maior diversidade de olhares das problemáticas que permeiam a área da saúde, por outro deixa uma lacuna teórica no sentido das medidas que precisam ser adotadas que visam o compromisso com a transformação da realidade de exclusão e

subordinação social, uma vez que, os saberes que embasam este compromisso advêm das Ciências Sociais, enfraquecidas, por sua vez, devido às tensões epistemológicas internas ao campo.

3.2. AS CIÊNCIAS SOCIAIS E A SAÚDE COLETIVA

Nessa seção iremos tratar de artigos que aprofundam aspectos ligados à inserção das Ciências Sociais na Saúde Coletiva. Os mesmos se encontram no Quadro 3 exposto a seguir:

Quadro 3 – Artigos que aprofundam aspectos ligados à concepção da Saúde Coletiva presentes nas bases de dados LILACS, MEDLINE e SciELO por meio dos descritores Saúde Coletiva, Medicina Social e Saúde Pública até 17 de março de 2018

Nº	TÍTULO	AUTOR	REVISTA	ANO	RESUMO
04	O lugar das ciências sociais na saúde coletiva	Maria Andréa Loyola	Saúde e Sociedade	2012	Este texto retoma, em forma de questão, o tema do V Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas da ABRASCO, realizado em abril de 2011 em São Paulo, e indica que o lugar das Ciências Sociais na Saúde Coletiva é - e não poderia deixar de ser - central. Diferentemente do que ocorreu na Saúde Pública, a saúde coletiva nasceu na academia, em um momento em que não mais se tratava de organizar um sistema público de saúde, mas de ampliá-lo e estendê-lo a toda a população do país. O próprio termo "saúde coletiva" evoca o estudo da saúde de uma coletividade enquanto sistema social. Assim, a presença das ciências sociais e das ciências humanas na saúde coletiva, mais do que importante, é a base mesma, o cimento que constitui e alicerça a área. Em que pese a especificidade do campo, dada pela perspectiva social contida na palavra coletiva, é a palavra saúde que vem sendo sempre retida e utilizada nas classificações internas e externas à área, como no caso das agências de fomento; nestas, a saúde coletiva é classificada como pertencente à grande área da saúde, com todas as consequências que isso implica, notadamente a submissão à lógica biomédica. Como toda classificação e hierarquização, este lugar impõe às subáreas da saúde coletiva os critérios de mérito das ciências médicas, e ao mesmo tempo pode ser utilizado para desvalorizar o conhecimento produzido pelas demais disciplinas.
05	Ciências sociais e saúde pública/coletiva: a produção do conhecimento na sua interface	Amélia Cohn	Saúde e Sociedade	2013	O artigo trata das relações entre ciências sociais e saúde na produção do conhecimento em Saúde Pública/Coletiva. Aborda os desafios de se articular as várias áreas do conhecimento que compõem esse campo; as dificuldades de construção de uma agenda de pesquisa frente às demandas das políticas públicas de saúde, da marca de seu surgimento enquanto um campo de conhecimento não só empírico mas também militante a favor da construção da saúde como um direito e um bem público.
06	Análise de políticas, políticas de saúde e a Saúde Coletiva	Jeni Vaitsman; José Mendes Ribeiro; Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato	Physis: Revista de Saúde Coletiva	2013	O artigo analisa o desenvolvimento da Saúde Coletiva no Brasil como um campo que se estruturou com base em ao menos três princípios similares aos das policy sciences definidas nos Estados Unidos por H. Laswell na década de 1950: multidisciplinaridade, resolução de problemas e normatividade. A partir daí, a ideia de uma ciência aplicada à tomada de decisão para as políticas públicas difundiu-se sob o nome de análise de políticas. Enquanto nos Estados Unidos a normatividade foi vista pelos cientistas políticos como incompatível com a ciência, no Brasil esta convergência esteve na base da institucionalização da Saúde Coletiva como um campo acadêmico interdisciplinar e de intervenção nas

				políticas de saúde a partir dos anos 70, quando o movimento pela reforma na saúde avançou sustentado em várias frentes, como academia, governo, sindicatos e outros movimentos sociais. Com a consolidação democrática e as mudanças de porte empreendidas no setor saúde, a incorporação de conhecimento científico às decisões em políticas de saúde também ocorreu no Brasil, destacando-se a produção da Saúde Coletiva reunindo ação política e conhecimento. Aborda-se, no desenvolvimento do campo da Saúde Coletiva: por um lado, o apoio do Ministério da Saúde a estudos orientados à política e o da Abrasco, no reconhecimento do caráter multidisciplinar e normativo da Saúde Coletiva. Por outro, na esfera da acreditação acadêmica, as disputas epistêmicas e a competição por recursos financeiros com o predomínio das formas de legitimação baseados nos critérios da biomedicina que vêm colocando em xeque os princípios normativos, multidisciplinares e orientados às políticas que haviam originado o campo.
--	--	--	--	---

Fonte: Dados da pesquisa

Loyola (2012) aprofunda em seu trabalho sobre um dos aspectos da Saúde Coletiva: a inserção das Ciências Sociais no campo. Para a autora estas “constituem o cerne [...], o coração e a própria razão de ser da Saúde Coletiva”. Formam a base, “o cimento que constitui e alicerça a área” (LOYOLA, 2012, p.10).

A “base social” da Saúde Coletiva advém do método materialista histórico dialético. Este, por sua vez, contribui (a) na construção de uma cultura de transformação, que fertiliza o que fazer inovador e favorece um compromisso com as classes sociais subordinadas; (b) na consolidação de um saber crítico, superando reducionista hegemônico, ampliando os caminhos para uma compreensão diferenciada da relação entre o biológico e o social, individual e coletivo, necessidade e o acaso, transformando o princípio de causalidade (BREILH, 1991).

Para o autor, contribui ainda, (c) numa interpretação objetiva das instâncias da “prática” e do “Estado”, revelando seu verdadeiro caráter e suas forças determinantes e transformando as concepções funcionalistas do que fazer; (d) na transformação na teoria do conhecimento, possibilitando um estudo objetivo dos determinantes da formação e das características do saber, bem como as profundas repercussões na pedagogia e no processo ensinar-aprender na formação em saúde por meio das modalidades de trabalho-estudo.

No entanto, Loyola (2012), remete preocupação ao afirmar que as Ciências Sociais não ocupam, em tempo, a centralidade que deveria ocupar tanto nas atividades acadêmicas quanto nas de intervenção e política da Saúde Coletiva. A autora afirma que esse espaço se encontra ocupado pela epidemiologia por fatores como esta estar inserida num modo de produção de conhecimento que a favorece e

por ser mais ativa politicamente, exerce um “monopólio” dentro do campo (LOYOLA, 2012, p.11).

Se há um fortalecimento da Epidemiologia em detrimento das Ciências Sociais, pode-se afirmar que se encontram distanciadas o suficiente para que a concepção de Epidemiologia se aproxime daquela não defendida pela Saúde Coletiva, ou seja, Hegemônica.

Afirma-se isso pois, a Epidemiologia Crítica – como entendida na Saúde Coletiva – emergiu a partir do materialismo histórico-dialético inserido juntamente com as Ciências Sociais nas discussões no campo da saúde.

Assim, a Epidemiologia Crítica pode ser entendida como um esforço para explicar e transformar os problemas da saúde-doença em sua dimensão social por meio do seu objetivo de perceber estes enquanto processo coletivo particular de uma sociedade, que por sua vez tem elementos gerais, particulares e individuais.

Logo deve entender os processos estruturais da sociedade; os perfis de reprodução social; e a compreensão integral dos fenômenos biológicos desse grupo e de seus indivíduos (BREILH, 1991).

Fazendo um contraponto, permite-se dizer que o entendimento de Epidemiologia presente nas academias, em tempo, é de “acriticidade” por ausências de conteúdos que a embasem criticamente; que por sua vez favorece ao aumento de conteúdos tecnológicos subservientes à lógica do capital. Dessa forma, predomina-se um enfoque individual do fenômeno epidemiológico – caracterizado pela combinação de um conjunto de dados empíricos – distanciado da totalidade, se detendo a fatos singulares e finitos, além de estabelecimento de fatores de risco isolados (BREILH, 1991).

Esta questão possui relação com a submissão do ensino à pesquisa, que passa a ser “ministrado em função de interesses dos projetos de pesquisa”, que por sua vez impõe mudanças na forma da produção do conhecimento, de modo que há um maior incentivo à produtividade e quantitatividade, distanciando o ensino da Saúde Coletiva da sua concepção original e aproximando-a dos interesses de periódicos internacionais, por exemplo (LOYOLA, 2012, p. 12)

Tal fato, para a autora, torna-se problemático quando a classificação da Saúde Coletiva, enquanto pertencente a grande área da saúde, implica uma desvalorização do conhecimento produzido pelas demais disciplinas que a

compõem. Isto se dá por meio da hierarquização dos saberes devido à submissão ao modelo biomédico (LOYOLA, 2012, p.11).

O debate da inserção das Ciências Sociais na Saúde Coletiva acontece, também, no artigo de Amélia Conh – número 05 no quadro sinóptico. A autora corrobora com a discussão promovida por Loyola (2012), afirmando que, atualmente ocorre uma “contaminação” do campo social pelo que acontece no setor saúde – dominado pela hegemonia biomédica –, produzindo um deslocamento de focos e ênfase excessiva no individualismo e no particularismo (CONH, 2013, p. 18).

Devido a essa falta de autonomia das Ciências Sociais, Conh (2013) afirma a existência de dois extremos na produção de conhecimento no campo: 1) subordinação técnica ao objeto com a transformação do cientista social em um ideólogo ou um técnico menor na elaboração do saber na área; e 2) a perda da criticidade na produção de conhecimento na interface entre a Saúde Coletiva e Ciências Sociais. Dessa forma, a produção dos cientistas sociais dentro do campo se caracteriza mais como uma consultoria (CONH, 2013, p.18).

Tal fato também contribui para o distanciamento da responsabilidade e compromisso com a transformação da realidade de exclusão e subordinação social defendida pela Saúde Coletiva, uma vez que são os saberes críticos das Ciências Sociais que embasam o conhecimento e fundamentam a prática de transformação.

Para superação de tal problemática a autora afirma ser necessário recuperar a autoestima das Ciências Sociais dentro do campo da Saúde Coletiva, no entanto sem se deixar influenciar por modismos temáticos externos ao campo e muito menos sem desconhecê-los, mas sim transformar os temas em sinais de alerta para uma maior dedicação sobre “um objeto tão complexo e escorregadio como é a saúde” (CONH, 2013, p.19).

Vaistman, Ribeiro e Lobato (2013), reforçam essa discussão dos conflitos na área acadêmica que refletem na produção do conhecimento em Saúde Coletiva introduzida por Loyola (2012) e Cohn (2013) no que tange a análise de políticas públicas em saúde.

Os autores afirmam que tal situação extinguiu a característica inicial do campo fundada a partir do “projeto político de diferentes comunidades epistêmicas”. Essa interdisciplinaridade seria justamente o ponto de discórdia atualmente, uma vez que a produção se encontra submetida à critérios diversos de periódicos com padrões internacionais (VAISTMAN; RIBEIRO; LOBATO, 2013, p.597).

Isto posto, a Saúde Coletiva se afasta do seu caráter definidor apontado pelos autores, ou seja, um campo de conhecimento e de análise de políticas públicas embasada na “multidisciplinaridade, resolução de problemas e normatividade”². Esta última se encontra na origem da Saúde Coletiva enquanto um campo de conhecimento e de intervenções sobre as políticas de saúde (VAISTMAN; RIBEIRO; LOBATO, 2013, p.592-593).

Independentemente dos destinos da Saúde Coletiva como campo de conhecimento na academia – predomínio das abordagens biomédicas; hegemonia de uma epidemiologia enquanto disciplina acessória e de validação de inovações em diagnósticos e terapias, com prejuízo às ciências sociais (aplicadas ou não) – os autores ainda enfatizam sua importância atualmente na “sustentação do setor saúde” por meio da normatividade discutindo uma “sustentabilidade política”; o apoio técnico e científico na resolução de problemas enquanto fundamental nos estudos sobre o sistema de saúde; por fim o apoio financeiro do Ministério da Saúde aos estudos orientados às políticas e a Abrasco no “reconhecimento e reafirmação do caráter multidisciplinar e normativo do campo”, garantem a legitimidade do campo da Saúde Coletiva (VAISTMAN; RIBEIRO; LOBATO, 2013, p.607-608).

Dessa forma, reforça-se aqui o potencial transformador da Saúde Coletiva, seja por meio da visão normativa, avaliando as políticas públicas em saúde; o suporte técnico e científico – por meio das discussões sobre a relação entre social e biológico, indivíduo e coletivo etc. – na resolução de problemas que tangem o sistema de saúde inserido na sociedade.

3.3. SAÚDE COLETIVA ENQUANTO SINÔNIMO DE SAÚDE PÚBLICA

Na presente seção, discutiremos sobre o artigo que trouxe uma concepção de Saúde Coletiva que se aproxima do entendimento da Saúde Pública. As informações do artigo estão expostas no Quadro 4 a seguir:

² A partir de Laswell (1951), Vaistman, Ribeiro e Lobato (2013, p.590) definem a *Multidisciplinaridade* enquanto perspectiva que implicava ultrapassar os limites do campo, incorporando as abordagens de outros como a sociologia, a economia e o direito; a *Resolução de Problemas* no intuito de voltar-se à solução de problemas reais, deixando de lado os debates puramente acadêmicos; e a *Normatividade* na perspectiva de que não deveria se “esconder sob o véu da objetividade científica”, mas assumir “o papel dos valores no estudo das ações governamentais”, ou seja, deveriam dizer abertamente a melhor opção entre várias alternativas.

Quadro 4 – Artigo que tratou a concepção da Saúde Coletiva enquanto sinônimo de Saúde Pública presente nas bases de dados LILACS, MEDLINE e SciELO por meio dos descritores Saúde Coletiva, Medicina Social e Saúde Pública até 17 de março de 2018

Nº	TÍTULO	AUTOR	REVISTA	ANO	RESUMO
08	Os acertos de Descartes: implicações para a ciência, biomedicina e saúde coletiva	André Luis de Oliveira Mendonça; Kenneth Rochel de Camargo Jr	Cadernos de Saúde Pública	2016	A "visão recebida" acerca das ideias de Descartes contribuiu com a sedimentação da imagem de um pensador dualista que teria separado radicalmente mente e corpo, tendo sido responsável, consequentemente, por ter fornecido os alicerces da "modernidade cindida". Não faltam epítetos, que atualmente soam de modo depreciativo, para se referir ao pensamento cartesiano: mecanicismo, determinismo, reducionismo, entre outros. Neste artigo nós desenvolvemos o argumento de acordo com o qual Descartes não foi um dualista do tipo como normalmente se supõe. Com base em uma releitura de duas das suas principais obras (Discurso do Método e Meditações Metafísicas) e de uma discussão com a nova literatura sobre o tema, sustenta-se a tese de que a superação da referida "visão recebida" pode produzir uma nova luz - nas discussões no/do campo da saúde coletiva - que pode dar relevo ao chamado paradigma ampliado da saúde (a valorização de outros aspectos que não apenas o biológico ou fisiológico, tais como o psicológico, social, econômico, cultural, político).

Fonte: Dados da pesquisa

Mendonça e Camargo Jr. (2016), por sua vez, estabelecem relação entre o pensamento de Rene Descartes e a Saúde Coletiva, argumentando possíveis contribuições do pensamento cartesiano ao campo.

Os autores entendem a Saúde Coletiva enquanto um (novo) paradigma ampliado da área da saúde, e se constitui em um relevante processo de elaboração de novos modos de se conceber a biomedicina e as ciências da saúde, atentando para seus múltiplos fatores interligados, por meio da contribuição de Descartes no que diz respeito ao valor atribuído por ele à “reflexão filosófica” (MENDONÇA; CAMARGO JR., 2015, p.07)

Apesar de apontar para a Saúde Coletiva enquanto um paradigma ampliado, o que acontece, na verdade, é que o autor, no decorrer do seu estudo, argumenta para este fato remetendo a questões que se aproximam da Saúde Pública, como por exemplo o entendimento da multicausalidade no processo saúde-doença.

O aspecto supracitado se evidencia quando ele traz afirmações como “múltiplos fatores interligados”, bem como na seguinte passagem do texto:

Descartes fez prescrições para amigos e colegas, recorrendo a uma dietética temperada ou moderada: alimentação adequada, estilo de vida, formas de exercício, padrões de sono, modos de expressão e contenção emocional, bem como tipos de estimulação intelectual, levando em conta a condição específica de cada um (MENDONÇA; CAMARGO JR., 2015, p.06).

Nessa perspectiva, os autores expõem um aspecto claro da multicausalidade juntamente com o método cartesiano que vai de encontro ao defendido na Saúde Coletiva. No caso supracitado, ocorre uma fragmentação do todo em partes isoladas, que por sua vez não promovem uma compreensão integral desse todo.

Breilh (1991) reforça tal fato afirmando que, nessas situações, o que ocorre é uma justaposição de parâmetros quantitativos, que passam uma visão de linearidade, mas na verdade escondem o desconhecimento essencial desses aspectos, como a origem social desses produtos, sua condição de trabalho humano, ou seja, escondendo as diferenças de classe envolvida no modo de produção capitalista.

Além disso, tal perspectiva de intervenção, focalizada em aspectos de um todo, predispõe a ações de cunho pontual – como dietética, estilo de vida etc. – e de baixo custo, eximindo o Estado e a estrutura social da sua responsabilidade. Outrossim, este modo de intervenção afasta a Saúde Coletiva da sua responsabilidade e compromisso com a transformação da realidade de desigualdades sociais existentes.

Outrossim, no decorrer do artigo, Mendonça e Camargo Jr (2015), ao se reportarem à necessidade de conhecer o indivíduo como um todo, ou seja, mente e corpo, se aproxima da concepção holística.

Entende-se por Holismo uma perspectiva que permite observar o homem nos aspectos do corpo e mente em harmonia. O Holismo não atribui caráter histórico aos fenômenos sociais, não contextualiza a realidade, além de que não enxerga as relações sociais existentes na dinâmica da sociedade. Portanto, não apresenta pretensão em transformar a realidade, bem como vai de encontro com a determinação social do processo saúde-doença (MIRANDA; MOURA; LIMA, 2003).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Identificar as concepções de saúde coletiva que permeiam a produção de conhecimento na área da saúde se constituiu em um exercício desafiador considerando o elevado volume de artigos presente nas bases de dados analisadas.

A partir do estudo, foi possível identificar algumas concepções de Saúde Coletiva tais como a concepção de que se trata de um campo que presume interdisciplinaridade, além de outras áreas de conhecimento para sua intervenção (multiprofissionalidade), bem como a inserção das Ciências Sociais como fundamentação necessária.

Além disso, que seja um trabalho a partir da realidade e de compromisso para a transformação desta, passando pelas delimitações de Individual e Coletivo; Social e Biológico; e Núcleo e Campo.

Porém, identificamos, ainda, a concepção de saúde coletiva como sinônimo de saúde pública permeando a produção de conhecimento, numa demonstração das resistências existentes no setor saúde.

No entanto, algumas dessas concepções identificadas vão de encontro à concepção defendida por esse estudo, ou seja, saúde coletiva como um novo que fazer estatal, que possui um compromisso com a transformação de situações de exclusão social existentes em uma determinada realidade. Por outro lado, outras contribuem com o seu aprofundamento.

Tal variedade de concepções nos remete a pensar que se trata de uma área temática que precisa ser melhor discutida. Se por um lado essa variedade possibilita uma maior diversidade de olhares; por outro, deixa uma lacuna teórica no sentido das medidas que precisam ser adotadas que visam o compromisso com a transformação da realidade de exclusão social.

Tal fato se dá, pois, a instabilidade epistemológica dentro do campo produz tensões internas, as quais se sobressaem os saberes hegemônicos da biomedicina por serem favoráveis e favorecidos pelo avanço neoliberal. Isto, por sua vez, culmina no distanciamento do real objetivo da Saúde Coletiva além de dificultar o estabelecimento de uma clara concepção e que tenha pertinência social.

Diante do exposto, o presente estudo tem como fator limitador a questão de trabalhar apenas com um aspecto da produção de conhecimento (artigos), deixando de lado outras possíveis contribuições para a temática que possam existir nas teses

e dissertações. Isso nos remete a possibilidade de uma futura pesquisa levando em consideração aquilo que se discute acerca das concepções da Saúde Coletiva em nível de pós-graduação.

Dessa forma, pode-se afirmar que o estudo alcançou êxito, uma vez que conseguiu identificar concepções de Saúde Coletiva na produção de conhecimento que influenciam diretamente no processo de formação na área da saúde, servindo como aporte teórico para a discussão acerca da temática e inquietando – ou até mesmo resgatando – saberes basilares da Saúde Coletiva que se perderam/enfraqueceram considerando o contexto econômico, político e social na qual esteve e está inserida.

REFERÊNCIAS

- AROUCA, A. S. S. **O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva.** Campinas, 1975. [Tese de Doutorado, Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP]
- BRASIL, Constituição, 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil,** 1988. São Paulo: Atlas, 1991.
- BREILH, J. Epidemiologia: economia, política e saúde. Tradução Luiz Roberto de Oliveira et al. São Paulo: **UNESP/HUCITEC**, 1991.
- CALADO, V.M.C; MIRANDA, M.G.O. A concepção de Saúde Coletiva que permeia a produção de conhecimento na área da saúde In: **Anais do XIV Salão de Iniciação Científica - SIC UERN – 2017/2018:** de 08 a 26 de outubro de 2018. / Organização: Pró-Reitorias de Pesquisa e Pós-Graduação/UERN. - Mossoró, RN, 2018.
- CAMPOS, G.W.S. O anti-Taylor e o método Paidéia: a produção de valores de uso, a construção de sujeitos e a democracia institucional. **Tese de livre-docência, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas (UNICAMP),** Campinas/SP, 2000.
- 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
- CANESQUI, A.M. As ciências sociais, a saúde e a saúde coletiva. In: CANESQUI, A. M. (org.). **Dilemas e Desafios das Ciências Sociais na Saúde Coletiva.** São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1995, p. 19-35.
- CARVALHO, Y.M; CECCIM, R.B. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. **Tratado da saúde coletiva.** Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 137-170, 2006.
- COHN, A. Ciências Sociais e Saúde Pública/Coletiva: a produção do conhecimento na sua interface. **Saúde e Sociedade**, v. 22, p. 15-20, 2013.
- COHN, A. O social e sua incorporação no conhecimento e na prática médica. **S/d. Mimeo.**

COSTA, H.O.G.; RANGEL, M.L. Desafios do Ensino da Saúde Coletiva na Graduação dos Profissionais de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 2, n. 1-2, p. 164-171, 1997 .

DONNANGELO, M. C. F.; PEREIRA, L. **Saúde e sociedade**. São Paulo: Livraria Duas Cidades, 1976.

FLEURY, S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 743-752, 2009.

GALLEGUILLOS, T.G.B.; OLIVEIRA, M.A.C. A gênese e o desenvolvimento histórico do ensino de enfermagem no **Brasil.RevEscEnf USP**, v.35, n. 1,p. 80-7, mar. 2001.

LOYOLA, M.A. O lugar das ciências sociais na saúde coletiva. **Saúde e Sociedade**, v. 21, p. 9-14, 2012.

MARSIGLIA, R.M.G. Temas emergentes em ciências sociais e saúde pública/coletiva: a produção do conhecimento na sua interface. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 32-43, mar. 2013.

MENDONÇA, A.L.O.; CAMARGO JR, K.R. Os acertos de Descartes: implicações para a ciência, biomedicina e saúde coletiva. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, p. e00158215, 2016.

MINAYO; M.C.S. O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 6ed. São Paulo – Rio de Janeiro: **HUCITEC/ABRASCO**, 1999.

MIRANDA, M.G.O; MOURA, A.; LIMA, C.B. **A Conquista de uma Paixão: o desafio da construção de marcos teóricos e metodológicos (re)orientadores da produção da força de trabalho de enfermagem no espaço da universidade**. Mossoró (RN): UERN, 2003.

NUNES, E.D. Saúde Coletiva: história e paradigmas. **Interface** (Botucatu), Botucatu, v. 2, n. 3, p. 107-116, Aug. 1998 .

NUNES, E.D. Saúde Coletiva: uma história recente de um passado remoto. In: CAMPOS, Gastão Wagner et al. (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec; Fiocruz. 2007. P. 295-312.

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.

OSMO, A.; SCHRAIBER L.B. O campo da Saúde Coletiva no Brasil: definições e debates em sua constituição. **Saúde Soc.** São Paulo, v.24, supl.1, p.205-218, 2015.

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? **Rev. Saúde Pública**, 32 (4): 299-316, 1998.

PAIM, J.S. Desenvolvimento teórico-conceitual do ensino em saúde coletiva. In: ABRASCO. **Ensino da saúde pública, medicina preventiva e social no Brasil.** Rio de Janeiro, ABRASCO/NUTES/CLATES,1982. p.3.

QUEIROZ, V.M.; SALUM, M.J.L. Reconstruindo a Intervenção em Saúde Coletiva face a Vigilância à Saúde. In: **Congresso Brasileiro de Enfermagem**, 48. São Paulo, ABEn, 1996.

REGIS, C.G. **Ensino de saúde coletiva nos cursos de graduação em enfermagem das universidades públicas da Região Norte do Brasil.** 2012. 145f. Tese (Mestrado Profissional) – Universidade Federal de São Paulo. Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde - CEDESS. São Paulo, 2012.

SILVA JÚNIOR, A.G. **Modelos Tecnoassistenciais em Saúde: o debate no campo da saúde coletiva** – 2.ed. - São Paulo: Hucitec, 2006.

SCHRAIBER, L. B. **Saúde coletiva: um campo vivo.** Fiocruz, p. 9-19. Rio de Janeiro, 2008.

SOUZA, M.T., SILVA, M.D., Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein** [periódico na internet]. 2010 [acessado 2017 mar 27]; 8 (1 pt 1):[cerca de 5p]. Disponível em: http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/1134-Einsteinv8n1_p102-106_port.pdf

URSI, E.S.; GALVÃO, C.M. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. **Rev Latino-am Enfermagem** [periódico na internet].2006 Jan-Fev [acessado 2017 mar 27]; 14(1):[cerca de 7p]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n1/v14n1a17>

VAITSMAN, J.; RIBEIRO, J.M.; LOBATO, L.V.C. Análise de políticas, políticas de saúde e a Saúde Coletiva. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 23, p. 589-611, 2013.