

Jairnilson Silva Paim
Naomar de Almeida-Filho

SAÚDE COLETIVA

Teoria e Prática

Jairnilson Silva Paim
Naomar de Almeida-Filho

SAÚDE COLETIVA

Teoria e Prática



SAÚDE COLETIVA

Teoria e Prática

10001 10002 10003 10004



SAÚDE COLETIVA

Teoria e Prática

Organizadores

Jairnilson Silva Paim

Professor Titular em Política de Saúde do
Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.
Doutor em Saúde Pública pela Universidade Federal da Bahia.
Pesquisador 1-B do CNPq.

Naomar de Almeida-Filho

Professor Titular de Epidemiologia do Instituto de

Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

PhD em Epidemiologia pela Universidade da Carolina do Norte em Chapel Hill.

Pesquisador 1-A do CNPq.



EDITORA CIENTÍFICA LTDA.

SAÚDE COLETIVA – Teoria e Prática

Direitos exclusivos para a língua portuguesa

Copyright © 2014 by

MEDBOOK – Editora Científica Ltda.

1ª reimpressão 2014

NOTA DA EDITORA: Os organizadores desta obra verificaram cuidadosamente os nomes genéricos e comerciais dos medicamentos mencionados; também conferiram os dados referentes à posologia, objetivando informações acuradas e em acordo com os padrões atualmente aceitos. Entretanto, em função do dinamismo da área da saúde, os leitores devem prestar atenção às informações fornecidas pelos fabricantes, a fim de se certificarem de que as doses precon-

zadas ou as contraindicações não sofreram modificações, principalmente em relação a substâncias novas ou prescritas com pouca frequência. Os organizadores e a Editora não podem ser responsabilizados pelo uso impróprio nem pela aplicação incorreta de produto apresentado nesta obra.

Apesar de terem envidado o máximo de esforço para localizar os detentores dos direitos autorais de qualquer material utilizado, os organizadores e a Editora desta obra estão dispostos a acertos posteriores caso, inadvertidamente, a identificação de algum deles tenha sido omitida.

Editoração Eletrônica: REDB – Produções Gráficas e Editorial Ltda.

CIP-BRASIL. CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO.
SINDICATO NACIONAL DOS EDITORES DE LIVROS, RJ

S272

Saúde coletiva : teoria e prática / organizadores Jairnilson Silva Paim, Naomar de Almeida-Filho. - 1. ed. - Rio de Janeiro : MedBook, 2014.
720 p. : il. ; 28 cm.

ISBN 978-85-99977-97-2

1. Saúde pública - Aspectos sociais. I. Paim, Jairnilson Silva, 1949- II. Almeida-Filho, Naomar de.

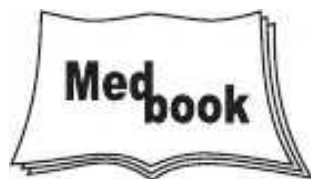
13-03426

CDD: 302
CDU: 316.6

30/07/2013

31/07/2013

Reservados todos os direitos. É proibida a duplicação ou reprodução deste volume, no todo ou em parte, sob quaisquer formas ou por quaisquer meios (eletrônico, mecânico, gravação, fotocópia, distribuição na Web, ou outros), sem permissão expressa da Editora.



EDITORA CIENTÍFICA LTDA.

Rua Professora Ester de Melo, 178 – Benfica
20930-010 – Rio de Janeiro – RJ
Telefones: (21) 2502-4438 e 2569-2524
contato@medbookeditora.com.br – medbook@superig.com.br
www.medbookeditora.com.br

Colaboradores

Ademar Arthur Chioro dos Reis

Professor da Faculdade de Medicina da Universidade Metropolitana de Santos e da Faculdade de Fisioterapia

da Universidade Santa Cecília. Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de São Paulo. Secretário de Saúde de São Bernardo do Campo (SP) e Presidente do Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo.

Adroaldo de Jesus Belens

Professor de Ciberultura e Novas Tecnologias do Curso de Comunicação Social na FTC. Mestre em História Social pela Universidade Federal da Bahia. Graduado em Filosofia pela Universidade Católica do Salvador.

Alberto Pellegrini Filho

Diretor do Centro de Estudos, Políticas e Informação em

Ana Cristina Souto

Professora Adjunta do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA). Doutora

em Saúde Pública pela UFBA

Ana Luiza d'Ávila Viana

Professora do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP. Doutora em Economia pelo Instituto de Economia da Unicamp. Bolsista do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Ana Luiza Queiroz Vilasbôas

Professora Adjunta, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. Mestre em Saúde Comunitária e Doutora em Saúde Pública (ISC/UFBA)

Diretor do Centro de Estudos, Políticas e Informação sobre Determinantes Sociais da Saúde da ENSP/Fiocruz, Pesquisador em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fiocruz, Médico pela USP e Doutor em Ciências pela Unicamp.

Alcione Brasileiro Oliveira Cunha

Professora Adjunta do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA) e Pesquisadora do Programa Integrado de Planificação, Gestão e Avaliação em Saúde do ISC/UFBA. Mestre em Saúde Comunitária e Doutora em Saúde Pública pela UFBA.

Álvaro Jorge Madeiro Leite

Professor Titular da Universidade Federal do Ceará.

Medicina pela Universidade Federal de Alagoas. Mestre em Epidemiologia e Doutor em Pediatria pela Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo.

Antônio José Ledo Alves da Cunha

Professor Titular do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro. PhD em Epidemiologia pela Universidade da Carolina do Norte em Chapel Hill, EUA. Pesquisador Nível 1-A do CNPq.

Antonio Nery Filho

Professor da Faculdade de Medicina da Bahia (UFBA). Professor da Faculdade Ruy Barbosa. Coordenador do Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas-CE-TAD (UFBA). Médico, Doutor em Sociologia e Ciências Sociais.

Bárbara Caldas

Médica, Instituto Nacional de Cardiologia (INC/MS).

Carlos Augusto Graboys Gadelha

Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (SCTIE/MS), Coordenador do Mestrado Profissional em Política e Gestão da Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde da ENSP/Fiocruz e Coordenador acadêmico do Grupo de Pesquisa de Inovação em Saúde (GIS) da Fiocruz. Doutor em Economia pelo Instituto de Economia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

Carlos Botazzo

Professor Adjunto do Instituto de Saúde Coletiva da

Eduardo Luiz Andrade Mota

Professor Associado do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Mestre em Saúde Pública pela Universidade Harvard, Doutorado em Medicina pela Universidade Federal da Bahia, Pós-Doutorado em Epidemiologia na Universidade da Carolina do Norte em Chapel Hill, EUA.

Eleonor Minho Conill

Professora Adjunta aposentada, Departamento de Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina

Pesquisador-científico do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde (SES-SP). Livre Docente pela Universidade de São Paulo. Doutor em Saúde Coletiva pela Unicamp.

Carmen Fontes Teixeira

Professora Associada do Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Professor Milton Santos da Universidade Federal da Bahia. Professora Permanente do Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA (ISC/UFBA). Doutora em Saúde Coletiva e Mestre em Saúde Comunitária pela Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Claudia Marques Canabrava

Doutora em Saúde Pública pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Claudia Travassos

Pesquisadora Titular do Laboratório de Informações em Saúde do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz (ICICT/Fiocruz). Doutora em Administração Pública pela London School of Economics and Political Sciences (Londres) com pós-doutorado na Universidade de Michigan (EUA).

Cristiane Abdon Nunes

Professora do Programa de Residência em Medicina Social do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA). Doutora em Saúde Pública e Mestre em Saúde Comunitária pela Universidade Federal da Bahia.

Ediná Alves Costa

Professora Associada do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA). Mestre em Saúde Comunitária pela UFBA e Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo.

de Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina. Doutora em Políticas e Programação, Instituto de Estudos do Desenvolvimento Econômico e Social – IEDES, Université de Paris I, Sorbonne.

Elizabeth Costa Dias

Professora do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. Médica Sanitarista e do Trabalho. Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas.

Erika Aragão

Pesquisadora do Instituto Nacional de Ciência, Inovação e Tecnologias em Saúde (ISC/UFBA). Gestora em C&T em Saúde no Centro de Pesquisas Gonçalo Moniz, Fiocruz-BA. Economista. Mestrado em Economia e Doutorado em Saúde Pública pela Universidade Federal da Bahia.

Francisco Antonio de Castro Lacaz

Professor Associado, Departamento de Medicina Preventiva da Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo. Doutor em Medicina, área de Saúde Coletiva, pela Universidade Estadual de Campinas.

Francisco Eduardo de Campos

Professor Titular do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da UFMG. Secretário Executivo da Universidade Aberta do SUS/Fiocruz/MS.

Gerlucé Alves Pontes da Silva

Médica do Ministério da Saúde. Doutora em Saúde Pública pela Universidade Federal da Bahia.

Gerson Oliveira Penna

Diretor Geral da Fundação Oswaldo Cruz, da Diretoria Regional de Brasília–DF. Ex-Secretário de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. Médico, Especialista em Dermatologia pela Sociedade Brasileira de Dermatologia/AMB, Especialista em Planejamento Estratégico, Doutor em Medicina Tropical. Núcleo de Medicina Tropical da Universidade de Brasília.

Guilherme de Sousa Ribeiro

Professor Adjunto do Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. Pesquisador Colaborador do Centro de Pesquisas Gonçalo Moniz, Fundação Oswaldo Cruz. Professor Assistente Adjunto da Yale School of Public Health, EUA. Graduação em Medicina pela Universidade Federal da Bahia. Mestre em Epidemiologia pela Harvard School of Public Health. Doutor em Biotecnologia em Saúde e Medicina Investigativa pela Fundação Oswaldo Cruz.

Gulnar Azevedo e Silva

Professora Adjunta do Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) e do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IESC/UFRJ). Doutora em Medicina Preventiva pela Universidade de São Paulo (USP) e Mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da UERJ.

Ilara Hämmerli Sozzi de Moraes

Pesquisadora Titular do Departamento de Ciências Sociais da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz. Doutora em Ciências pela FNSP/FIOCRUZ.

Jane Mary de Medeiros Guimarães

Mestre em Ciências da Educação pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Portugal. Doutoranda em Saúde Pública do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Jairnilson Silva Paim

Professor Titular em Política de Saúde do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Doutor em Saúde Pública pela Universidade Federal da Ba-

hia. Pesquisador 1-B do CNPq.

João Henrique G. Scatena

Professor Associado do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso. Doutor em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

Jorge Alberto Bernstein Iriart

Professor Associado do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Mestre em Saúde Comunitária (ISC/UFBA). Ph.D em Antropologia pela Universidade de Montreal, Canadá.

Jorge José Santos Pereira Solla

Secretário da Saúde do Estado da Bahia. Médico sanitário do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA). Mestre em Saúde Comunitária (ISC/UFBA). Doutor pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

José Carvalho Noronha

Cruz. Doutora em Ciências pela ENSP/Fiocruz.

Ines Lessa

Professora Permanente do Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA). Doutora em Medicina e Mestre

em Saúde Comunitária pela Universidade Federal da Bahia. Pesquisadora ID do CNPq.

Isabela Cardoso de Matos Pinto

Professora Adjunta e Diretora do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Mestre em Saúde Comunitária em Saúde Coletiva e Doutorado em Administração pela Universidade Federal da Bahia.

Jacinta de Fátima Senna da Silva

Coordenação Geral de Apoio à Gestão Participativa da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) do Ministério da Saúde.

Pesquisador do Laboratório de Informações em Saúde do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz (ICICT/Fiocruz). Doutor em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

Jose Gomes Temporão

Coordenador Executivo do Instituto Sul-americano de Governo em Saúde (Isags). Ex-Pesquisador titular da Ensp- Fiocruz, ex-Ministro da Saúde do Brasil. Médico, Doutor em Medicina Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

José Manuel Santos de Varge Maldonado

Coordenador adjunto do Mestrado Profissional em Política e Gestão da Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde da ENSP/Fiocruz. Doutor em Engenharia da Produção pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

José Sestelo

Mestre em Saúde Comunitária (ISC/UFBA), doutorando em Saúde Coletiva (IESC/UFRJ).

Laís Silveira Costa

Coordenadora adjunta do Grupo de Pesquisa de Inovação em Saúde (GIS) da Fiocruz. Doutoranda em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/FIOCRUZ) e Mestre em Development Studies pela London School of Economics and Political Science (LSE).

Luiza Maria Calvano

Professora Adjunta de Pediatria da Faculdade de Medicina da UFRJ. Médica-Pediatra. Mestrado em Saúde da Criança e do Adolescente pela Universidade Federal Fluminense e Doutorado em Clínica Médica pela UFRJ.

Marcelo Eduardo Pfeiffer Castellanos

Professor Adjunto do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Graduação em Ciências Sociais, Mestrado e Doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas.

Lígia Bahia

Professora Associada do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz.

Lígia Giovanella

Pesquisadora Titular e Coordenadora do Núcleo de Estudos Político-Sociais do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (DAPS/ENSP/Fiocruz). Doutora em Saúde Pública pela

ENSP/Fiocruz, com pós-doutorado no Institut für Medizinische Soziologie da Universidade de Frankfurt e no Fachbereich Pflege und Gesundheit da Hochschule, Alemanha.

Lígia Maria Vieira-da-Silva

Docente do Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Graduação em Medicina pela Universidade Federal da

Bahia. Mestrado em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Bahia e Doutorado em Medicina Preventiva pela Universidade de São Paulo. Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq – Nível 1C.

Lilia Blima Schraiber

Professora Associada do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Membro da Cátedra Unesco de Educação para a Paz, Direitos Humanos, Democracia e Tolerância da Universidade de São Paulo. Pesquisadora 1-B do CNPq.

Luis Eugenio Portela Fernandes de Souza

Professor Adjunto de Política de Saúde do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Mestre em Saúde Comunitária (ISC/UFBA). Doutor em Saúde Pública pela Universidade de Montreal.

Marcelo Nunes Dourado Rocha

Professor Assistente da Escola Baiana de Medicina e Saúde Pública. Mestre em Saúde Comunitária pela Universidade Federal da Bahia. Doutorando no Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Marcio Alazraqui

Docente investigador do Instituto de Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, Provincia de Buenos Aires, Argentina. Doutor em Saúde Pública pelo Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia.

Maria Andréa Loyola

Professora Emerita do Instituto de Medicina Social da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Doutora em Sociologia pela Universidade de Paris X.

Maria da Conceição Nascimento Costa

Professora Associada IV do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Doutora em Saúde Pública pela Universidade Federal da Bahia. Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq – Nível 2.

Maria da Glória Teixeira

Professora Associada de Epidemiologia do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Mestre em Doenças Infecciosas e Parasitárias pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, Doutora em Saúde Pública pela Universidade Federal da Bahia.

Maria Fátima Sousa

Professora Adjunta do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

Maria Fernanda Tourinho Peres

Professora Doutora do Departamento de Medicina Preventiva da Universidade de São Paulo. Mestre em Saúde Comunitária (ISC/UFBA). Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Bahia.

Maria Guadalupe Medina

Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do ISC/UFBA. Médica sanitarista, Mestre em Saúde Comunitária e Doutora em Saúde Pública pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA).

Maria Inês Baptistella Nemes

Professora Associada do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Graduada em Medicina pela UNESP, com Mestrado, Doutorado e Livre Docência em Medicina Preventiva pela FMUSP. Professora Associada do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Produtividade em Pesquisa do CNPq – Nível 2.

Maria Lígia Rangel-S

Professora Associada do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA). Médica sanitarista, Mestre em Saúde Comunitária e Doutora em Saúde Pública pela UFBA.

Mariluce Karla Bomfim de Souza

Professora Adjunta do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Doutora em Saúde Pública pela Universidade Federal da Bahia.

Maurício Barreto

Professor Titular de Epidemiologia do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. PhD em Epidemiologia da Universidade de Iowa, Estados Unidos.

Naomar de Almeida-Filho

Professor Titular de Epidemiologia do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. PhD em Epidemiologia pela Universidade da Carolina do Norte em Chapel Hill. Pesquisador 1-A do CNPq.

Paulo Marchiori Buss

Professor Titular da Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Diretor do Centro de Relações Internacionais da Fiocruz; Membro Titular da Academia Nacional de Medicina do Brasil.

Patrícia Maia von Flach

Psicóloga. Assistente Social. Mestre em Saúde Comunitária pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Coordenadora do Ponto de Encontro – Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas – CETAD/UFBA.

Reinaldo Guimarães

Médico. Doutor Honoris Causa pela Universidade Federal da Bahia; Comendador da Ordem Nacional do Mérito Científico; Grande Oficial da Ordem Nacional do Mérito Médico.

Roberto Medronho

Professor Titular da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Diretor do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da UFRJ. Doutor em Saúde Pública e Mestre em Saúde Coletiva pela Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp/Fiocruz).

Epidemiologia pela Universidade de Londres, Pesquisador 1-A do CNPq. Membro Titular da Academia Brasileira de Ciências.

Mônica de Oliveira Nunes

Professora Associada II do Instituto de Saúde Coletiva

da UFBA. Pós-graduada em Saúde Coletiva pela UFBA e em Antropologia Social pela Universidade de Montreal.

Mônica Martins

Pesquisadora Titular, Departamento de Administração e Planejamento em Saúde (DAPS/ENSP/Fiocruz).

Monique Azevedo Esperidião

Professora Adjunta do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (IC/UFBA). Psicóloga. Mestre em Saúde Comunitária e Doutora em Saúde Pública pelo ISC/UFBA.

Rosana Aquino

Médica epidemiologista e docente permanente do Programa de Pós-graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Doutora em Saúde Pública (Epidemiologia) pela Universidade Federal da Bahia.

Rosana Onocko-Campos

Médica. Professora Associada do Departamento de Saúde Coletiva da FCM/Unicamp. Coordenadora da Residência multiprofissional em saúde mental e coletiva. Coordenadora do grupo de pesquisa saúde coletiva e saúde mental: interfaces. Pesquisadora PQ2 do CNPq.

Sebastião Loureiro

Professor Emérito da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Doutor em Epidemiologia pela Universidade do Texas. Médico. Professor do Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA (ISC/UFBA).

Sheila Maria Alvim de Matos

Professora Adjunta do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA). Nutricionista. Mestre em Saúde Comunitária e Doutora em Saúde Pública pelo ISC/UFBA.

Sônia Cristina Lima Chaves

Professora Associada do Departamento de Odontologia Social e Pediátrica da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia. Docente do Quadro Permanente de Professores do Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

Tatiana Vargas de Faria Baptista

Professora e Pesquisadora do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (DAPS/ENSP/Fiocruz). Psicóloga. Doutora em Saúde

de Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da UERJ.

Thereza Christina Bahia Coelho

Professora Titular do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana. Doutora em Saúde Pública pela Universidade Federal da Bahia.

nente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA. Doutora em Saúde Pública pela Universidade Federal da Bahia.

Soraya Almeida Belisário

Professora Associada do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Doutora em Saúde Coletiva pela UNICAMP e Pesquisadora no Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON/FM/UFGM).

Tânia Celeste Matos Nunes

Coordenadora da Secretaria Executiva da Rede de Escolas e Centros Formadores em Saúde Pública – ENSP/Fiocruz. Mestre em Saúde Comunitária pela Universidade Federal da Bahia e Doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/Fiocruz).

Saúde Pública pela Universidade Federal da Bahia.

Vilma Sousa Santana

Professora Associada do Instituto de Saúde Coletiva da

Universidade Federal da Bahia. Adjunct Faculty Member na University of North Carolina. Graduação em Medicina e Mestrado em Saúde Comunitária pela Universidade Federal da Bahia. PhD em Epidemiologia pela Universidade da Carolina do Norte em Chapel Hill, EUA. Pós-Doutorado em Epidemiologia Ocupacional pela UNC-CH, EUA. Pesquisadora Nível 1-C do CNPq.

Washington Luiz Abreu de Jesus

Professor Adjunto do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Universidade Federal da Bahia. Doutor em Saúde Pública pela Universidade Federal da Bahia.

Prefácio

Temos a satisfação de apresentar à comunidade acadêmica nacional e à rede de atores do sistema de saúde brasileiro esta coletânea de textos sobre múltiplos aspectos

da Saúde Coletiva, focalizando princípios conceituais e metodológicos desse jovem campo de saberes e práticas sociais. O foco do livro está centrado *nas necessidades e problemas de saúde das populações e nas respostas sociais organizadas* para a atenção, intervenção e superação dessa problemática e seus desdobramentos, no contexto de práticas de saúde realizadas em sociedades com alto grau de desigualdades.

Estamos conscientes que os conjuntos disciplinares que conformam a área da saúde têm crescido tanto e com

tal velocidade, alcançando inclusive certo grau de autonomia, que seria praticamente impossível contemplar todo o desenvolvimento teórico, metodológico e operativo

des, encorajamos ao máximo a produção de textos resultantes de um trabalho cooperativo.

Trata-se de um livro fundamentado em questões.

Compõe-se de 15 capítulos que se organizam em sete seções, incluindo o Epílogo, apresentando os respectivos conteúdos em linguagem direta e objetiva, com exemplos e ilustrações pertinentes a situações e contextos da realidade sanitária nacional.

Na abertura do volume, trazemos um módulo de contextualização visando a indicar antecedentes históricos, emergência, problemáticas fundadoras, enfim, os eixos conceituais de desenvolvimento da Saúde Coletiva. As questões dessa parte são: O que é afinal Saúde Coletiva?

Quais são os principais conceitos de Saúde? O que são necessidades e problemas de saúde? Será mesmo a Saúde Coletiva um campo de saberes e de práticas?

atualmente alcançado pela Saúde Coletiva. Não obstante, parece-nos pertinente e oportuno um mapeamento geral e introdutório desse vasto conjunto de conhecimentos, estratégias e técnicas justamente pela amplitude e dinamismo que o têm caracterizado. Portanto, a ideia de um livro-texto sobre a Saúde Coletiva com essa finalidade faz sentido especialmente para aqueles que estão se introduzindo nesse campo científico e âmbito de práticas. Assim, este volume destina-se principalmente a alunos de graduação, de especialização, residentes, mestrando profissionais nos primeiros módulos do curso e candidatos a processos seletivos da pós-graduação senso estrito.

Para cobrir os temas de interesse, recorreremos a saberes disciplinares e interdisciplinares diversificados, conforme pode ser constatado na estrutura e desenvolvimento do volume. Os autores convidados são docentes e pesquisadores representativos dos principais centros de pesquisa e pós-graduação na área de Saúde Coletiva no Brasil. Considerando a relevância de fortalecer a parceria entre esses centros e de estimular um trabalho sinérgico entre autores engajados em múltiplas ativida-

A seção II intitula-se Modos. Aqui, nossos autores detalham os componentes típicos de sistemas de saúde: da população-alvo à estrutura de organização, do financiamento à gestão e prestação de serviços. Apresenta-se o enfoque de ciclos de políticas públicas de saúde: da problematização à institucionalização, implementação e avaliação, passando pela formulação e formalização de planos, projetos e programas. Além disso, avaliam-se as possibilidades de integração entre ações individuais e coletivas no Sistema Único de Saúde mediante a programação e organização das práticas em saúde.

A seção III aborda os Contextos das práticas de saúde, com ênfase na conjuntura brasileira contemporânea. Inicialmente, discutem-se os problemas de saúde da população brasileira e seus determinantes. Em seguida, são apresentados e debatidos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), juntamente com um breve histórico e análise da sua situação atual. Isso permite uma visão comparada com os sistemas de saúde de outros países europeus e norte-americanos. Além disso, nessa parte discutem-se importantes aspectos comple-

mentares do setor saúde, como a relação entre o Estado e o Complexo Produtivo da Saúde, com especial destaque para a indústria farmacêutica e os sistemas de informação e regulação em Saúde.

A Reforma Sanitária Brasileira é posta em perspectiva por meio da análise de aspectos peculiares do sistema de saúde nacional aprofundados na seção IV do livro, num módulo sugestivamente intitulado Hemisfério SUS. Aqui, avalia-se tanto as tecnologias *hard* quanto as *soft*, da infraestrutura tecnológica do siste-

terceiro lugar, estratégias convencionais de prevenção e controle de doenças, agravos e riscos tais como campanhas, programas, vigilância epidemiológica e vigilância da saúde são apresentadas e analisadas. Em seguida, inclui-se uma série de capítulos sobre prevenção, atenção e controle de grupos de problemas de saúde (doenças transmissíveis, doenças crônicas não transmissíveis, problemas de saúde bucal, problemas de saúde mental, violências, consumo de substâncias psicoativas, problemas de saúde do trabalhador e saúde da criança e do

ma, sua rede de equipamentos, seu nível de desenvolvimento científico-tecnológico e de inovação, às diferentes modalidades de financiamento, gestão e gerenciamento dos serviços e recursos públicos de saúde. Retoma-se enfim o conjunto de elementos distintivos da experiên-

cia brasileira de gestão do SUS com descentralização, regionalização e participação social mediante conselhos e conferências de saúde. Essa importante seção é concluída com uma análise das tendências de transformação, mudança ou conservação dos modelos de atenção à saúde no Brasil.

A seção V deste volume aborda as principais estratégias empregadas no campo da Saúde Coletiva para a realização dos objetivos e funções sociais do sistema de saúde. Em primeiro lugar, os fundamentos das estraté-

gias e práticas da Promoção da Saúde e da Vigilância Sanitária (com foco na proteção da saúde) são introduzidos. Em segundo lugar, discutem-se as relações entre atenção básica, média e alta complexidade, destacando-se a estratégia da Saúde da Família como fundamental para a organização do cuidado à saúde no SUS. Em

adolescente). Finalmente, temas referentes ao papel das agências reguladoras, bem como à qualidade e segurança no cuidado de saúde, são analisados como complemento à análise das estratégias do campo.

Na seção VI, são apresentados capítulos com avalia-

ção do "estado da arte" dos três conjuntos disciplinares do campo (Epidemiologia, Planejamento & Gestão, Ciências Sociais em Saúde), bem como de certas áreas temáticas: saúde do trabalhador, saúde mental, vigilância sanitária, saúde bucal, sistema de informações, recursos humanos, ambiente e saúde, entre outras. Isso nos permite concluir este volume com uma recuperação dos elementos conceituais, históricos, políticos, metodológicos e tecnológicos aqui apresentados e discutidos, assinalando as principais tendências e obstáculos para o desenvolvi-

mento do campo, visando ao delineamento de cenários futuros e perspectivas de construção histórica da Saúde Coletiva no Brasil.

Jairnilson Silva Paim
Naomar de Almeida-Filho

Sumário

SEÇÃO I – EIXOS, 1

1. O que é Saúde Coletiva, 3

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

2. Conceitos de Saúde: atualização do debate teórico-metodológico, 13

Naomar de Almeida-Filho
Jairnilson Silva Paim

3. Análise de situação de saúde: o que são necessidades e problemas de

6. Ciclo de uma política pública de saúde: problematização, construção

da agenda, institucionalização, formulação, implementação e avaliação, 69

Isabela Cardoso de Matos Pinto
Ligia Maria Vieira-da-Silva
Tatiana Vargas de Faria Baptista

7. Programação em saúde e organização das práticas: possibilidades de integração entre ações individuais e coletivas no

saúde?, 29

Jairnilson Silva Paim
Naomar de Almeida-Filho

4. Saúde Coletiva como campo de saberes e de práticas: abordagens e

perspectivas, 41
Naomar de Almeida-Filho
Jairnilson Silva Paim.

SEÇÃO II – MODOS, 47

5. Componentes de um sistema de serviços de saúde: população,

infra-estrutura, organização, prestação de serviços, financiamento e gestão, 49

Luis Eugenio Portela Fernandes de Souza
Lígia Bahia

Sistema Único de Saúde, 83

Lilia Blima Schraiber
Ana Luiza Queiroz Vilasbôas
Maria Ines Bapttistella Nemes.

SEÇÃO III – CONTEXTOS, 95

8. Problemas de saúde da população brasileira e seus determinantes, 97

Guilherme de Sousa Ribeiro

9. Sistema Único de Saúde (SUS): a difícil construção de um sistema

universal na sociedade brasileira, 121

Carmen Fontes Teixeira
Luis Eugenio Portela Fernandes de Souza
Jairnilson Silva Paim

10. Sistema de Assistência Médica Suplementar (SAMS): breve histórico e modalidades desenvolvidas no Brasil (seguro-saúde, medicina de grupo, cooperativas médicas, autogestão e outras), 139

José Sestelo
Lígia Bahia

17. Organização do SUS e diferentes modalidades de gestão e gerenciamento dos serviços e recursos públicos de saúde, 231

Isabela Cardoso de Matos Pinto
Carmen Fontes Teixeira
Jorge José Santos Pereira Solla
Ademar Arthur Chioro dos Reis

11. Sistemas de saúde da Alemanha, do Canadá e dos Estados Unidos: uma visão comparada, 151

José Carvalho Noronha

Lígia Giovanella
Eleonor Munho Conill

12. Complexo Produtivo da Saúde: inovação, desenvolvimento e Estado, 173

Carlos Augusto Grabois Gadelha
José Manuel Santos de Varge Maldonado
Laís Silveira Costa

13. Trajetórias tecnológicas na indústria farmacêutica: desafios para a equidade no Brasil, 185

Erika Aragão
Sebastião Loureiro
Jose Gomes Temporão

14. Informação em Saúde Coletiva, 195

Eduardo Luiz Andrade Mota
Marcio Alazraqui

SEÇÃO IV – HEMISFÉRIO SUS, 201

15. Reforma Sanitária Brasileira em perspectiva e o SUS, 203

Jairnilson Silva Paim
Naomar de Almeida-Filho

16. Infraestrutura tecnológica do SUS: rede de estabelecimentos, equipamentos, desenvolvimento científico-tecnológico e inovação, 211

Luis Eugenio Portela Fernandes de Souza
Reinaldo Guimarães
Claudia Travassos
Claudia Marques Canabrava

18. Controle social do SUS: conselhos e conferências de saúde, 245

Monique Azevedo Esperidião

19. Regionalização e participação social, 261

Luis Eugenio Portela Fernandes de Souza
Ana Luiza d'Ávila Viana

20. Financiamento do SUS, 271

Thereza Christina Bahia Coelho
João Henrique G. Scatena

21. Modelos de atenção à saúde no SUS: transformação, mudança ou conservação?, 287

Carmen Fontes Teixeira
Ana Luiza Queiroz Vilasbôas

SEÇÃO V – ESTRATÉGIAS, 303

22. Promoção da Saúde e seus

fundamentos: determinantes sociais de saúde, ação intersetorial e políticas públicas saudáveis, 305

Alberto Pelegrini Filho
Paulo Marchiori Buss
Monique Azevedo Esperidião

23. Área temática de vigilância sanitária, 327

Edná Alves Costa
Ana Cristina Souto

24. Relações entre atenção básica, média e alta complexidade: desafios para a organização do cuidado no Sistema Único de Saúde, 343

Jorge José Santos Pereira Solla
Jairnilson Silva Paim

25. Fortalecimento do sistema de serviços de saúde, 353

Rosana Aquino
Maria Guadalupe Medina
Cristiane Abdon Nunes
Maria Fátima Sousa

26. Qualidade e segurança no cuidado

de saúde, 373

Claudia Travassos
Mônica Martins
Bárbara Caldas

27. Regulação da saúde: as Agências Reguladoras Setoriais (Anvisa e ANS), 383

Lígia Bahia
Luis Eugenio Portela Fernandes de Souza

28. Estratégias de prevenção e controle de doenças, agravos e riscos: campanhas, programas, vigilância epidemiológica, vigilância em saúde e vigilância da saúde, 391

Gerluce Alves Pontes da Silva

Maria Glória Teixeira
Maria da Conceição Nascimento Costa

32. Prevenção, atenção e vigilância da saúde bucal, 465

Sônia Cristina Lima Chaves
Carlos Botazzo

33. Políticas de prevenção e cuidado ao usuário de substâncias psicoativas, 479

Maria Guadalupe Medina
Antônio Nery Filho

Patrícia Maia von Flach

34. Prevenção, atenção e controle em saúde mental, 501

Mônica de Oliveira Nunes
Rosana Onocko-Campos

35. Atenção, prevenção e controle em saúde do trabalhador, 513

Vilma Sousa Santana
Elizabeth Costa Dias
Jacinta de Fátima Senna da Silva

36. Prevenção, atenção e controle em saúde da criança e do adolescente, 541

Antônio José Ledo Alves da Cunha
Luiza Maria Calvano
Álvaro Jorge Madeiro Leite

~

29. Prevenção, atenção e controle de doenças transmissíveis, 401

Maria Glória Teixeira
Maria da Conceição Nascimento Costa
Gerson Oliveira Penna

30. Prevenção, atenção e controle de doenças crônicas não transmissíveis, 423

Alcione Brasileiro Oliveira Cunha
Sheila Maria Alvim de Matos
Ines Lessa
Gulnar Azevedo e Silva

31. Prevenção, atenção e controle de violências e interpessoais comunitárias, 437

Maria Fernanda Tourinho Peres

SEÇÃO VI – ESTADOS DA ARTE, 555

37. Estado da arte em epidemiologia no Brasil, 557

Naomar de Almeida-Filho
Roberto Medronho
Maurício Barreto

38. Ciências sociais em saúde coletiva, 567

Marcelo Eduardo Pfeiffer Castellanos
Maria Andréa Loyola
Jorge Alberto Bernstein Iriart

39. Produção científica sobre política, planejamento e gestão em saúde no campo da saúde coletiva: visão panorâmica, 585

Carmen Fontes Teixeira
Washington Luiz Abreu de Jesus
Mariluce Karla Bonfim de Souza
Marcelo Nunes Dourado Rocha

40. Diferentes formas de apreensão das relações trabalho e saúde/doença. O campo saúde do trabalhador: aspectos históricos e epistemológicos, 595

Francisco Antonio de Castro Lacaz

41. De recursos humanos a trabalho e educação na saúde: o estado da arte no

43. Saúde bucal coletiva: antecedentes e estados da arte, 639

Carlos Botazzo
Sônia Cristina Lima Chaves

44. Sistema de informações em saúde: patrimônio da sociedade brasileira, 649

campo da saúde coletiva, 611

Isabela Cardoso de Matos Pinto

Tânia Celeste Matos Nunes

Soraya Almeida Belisário

Francisco Eduardo de Campos

42. Comunicação e Saúde: aproximação ao estado da arte da produção científica no campo da saúde, 625

Maria Lígia Rangel-S

Jane Mary Medeiros Guimarães

Adroaldo de Jesus Belens

Ilara Hämmerli Sozzi de Moraes

SEÇÃO VII – EPÍLOGO, 667

45. Saúde coletiva: futuros possíveis, 669

Naomar de Almeida-Filho

Jairnilson Silva Paim

Lígia Maria Vieira-da-Silva

Índice remissivo, 687

SAÚDE COLETIVA

Teoria e Prática

1999 102 1999 102





EIXOS

1

O que é Saúde Coletiva?

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

INTRODUÇÃO

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

Tratando-se de uma área nova, nem sempre há uma preocupação em distingui-la da Saúde Pública. Por outro

portanto, de uma área multiprofissional e interdisciplinar. Para que a definição de Saúde Coletiva aqui apre-

sentada seja mais bem compreendida em sua especificidade e amplitude, em termos de agentes e disciplinas, é necessário rever brevemente a história de seus antecedentes e seu nascimento.

ANTECEDENTES

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

lado, observa-se que diversas instituições e programas de pós-graduação e graduação pertencentes à área da Saúde Coletiva têm nomes diferentes, como Instituto de Medicina Social, Departamento de Medicina Preventiva, Escola Nacional de Saúde Pública, Mestrado em Saúde Comunitária ou Instituto de Saúde Coletiva.

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

Embora a Saúde Coletiva historicamente tenha sido constituída, principalmente, por médicos, outros profissionais, como cientistas sociais, enfermeiros, odontólogos, farmacêuticos, e também agentes oriundos de outras áreas do conhecimento, como engenheiros, físicos e

arquitetos, contribuíram para sua construção. Trata-se,

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

sumidos a seguir.

Aritmética Política e Polícia Médica

Embora diversas intervenções voltadas à preservação da saúde e ao enfrentamento das doenças, no âmbito populacional, possam ser registradas desde a Antiguidade clássica, foi apenas no período mercantilista e com o desenvolvimento do Estado Moderno que surgiram, na Alemanha, a *Polícia Médica*, com Johann Peter Frank, e

na Inglaterra, a *Aritmética Política*, com William Petty (Rosen, 1994 [1958]).

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

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

volvida por Peter Frank, entre 1779 e 1817, em uma volumosa obra que continha recomendações de ações voltadas para a supervisão da saúde das populações, o que correspondia a regulamentação da educação médica, supervisão de farmácias e hospitais, prevenção de epi-

demias, combate ao charlatanismo e esclarecimento ao público (Rosen, 1994 [1958]).

tica, ou seja, em suas dimensões biológica e do poder, esse autor considera que o controle da sociedade sobre os indivíduos começa com o corpo. Nessa perspectiva, caracterizou o desenvolvimento da medicina moderna no período supramencionado (final do século XVIII e início

do século XIX) em três configurações: a medicina de Estado, a medicina urbana e a medicina da força de traba-

Higiene, Medicina Social e Saúde Pública

O termo *higiene* (*hygeinos* em grego) era um adjetivo que designava, na Grécia Antiga, aquilo que era “são”. Até o século XVIII, os manuais que tratavam da saúde referiam-se a seu “cuidado” ou sua “conservação”, mas a partir do século XIX passaram a denominar-se manuais de higiene (Vigarello, 1985). Sua transformação em disciplina médica e em um corpo de conhecimentos específicos ocorreu na Europa, entre o final do século XVIII e o início do século XIX (Vigarello, 1985). Na França em particular, em 1829, foi lançada a revista *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, que no *prospectus* de seu primeiro número apresentava a higiene pública como “...a arte de conservar a saúde nos homens reunidos em sociedade...” e como

2

uma parte da medicina. Nessa perspectiva, a medicina não teria somente por finalidade estudar e curar as doenças, mas teria relações íntimas com a organização social; às vezes ajudaria o legislador na elaboração de leis, esclarecendo frequentemente o magistrado em sua aplicação, e sempre velaria com a administração pela manutenção da saúde do público.

O movimento higienista foi caracterizado por alguns autores como sinônimo de medicina social, termo cunhado em 1948 por Jules Guérin, editor da *Gazeta Médica*

de Paris. O historiador George Rosen considerava ter sido a medicina social francesa uma decorrência dos desdobramentos da Revolução de 1848 e do processo de industrialização. Assim, para esse autor, a Medicina Social Francesa apoiava-se em trabalhos sobre a situação de saúde dos operários realizados por Villermé (1840) e Benoiston de Châteauneuf, entre outros, e propugnava modificações sociais para a resolução de problemas de saúde. Também na Alemanha, ideias semelhantes foram desenvolvidas por Rudolf Virchow e Salomon Neumann,

que consideravam a ciência médica essencialmente social (Rosen, 1983).

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

tica (Foucault, 1979).

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

Também nos EUA, a industrialização e as epidemias do final do século XIX levaram o Congresso Americano a criar um Departamento Nacional de Saúde,

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

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

Boxe 1.1 Uma definição de Saúde Pública

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

“Saúde Pública é a ciência e a arte de prevenir a doença, prolongar a vida, promover a saúde física e a eficiência através dos esforços da comunidade organizada para o saneamento do meio ambiente, o controle das infecções comunitárias, a educação dos indivíduos nos princípios de higiene pessoal, a organização dos serviços médicos e de enfermagem para o diagnóstico precoce e o tratamento preventivo da doença e o desenvolvimento da máquina social que assegurará a cada indivíduo na comunidade um padrão de vida adequado para a manutenção da saúde.” (Winslow, 1920:30 – tradução livre)

como “sanitarismo campanhista”. O período seguinte, que vai de 1930 a 1964, correspondeu à progressiva institucionalização das campanhas sanitárias, inicialmente em um Departamento Nacional de Saúde do Ministério da Educação e posteriormente no Ministério da Saúde, criado em 1953 (Paim, 2003). Duas outras concepções de sanitarismo desenvolveram-se nesse período: o denominado “sanitarismo dependente”, que correspondia ao

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

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

dicina Comunitária (Boxe 1.2).

Boxe 1.2 O relatório Flexner

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

Flexner, que viveu entre 1866 e 1959, foi um pesquisador e

professor americano que realizou extensa investigação sobre as condições do ensino médico nos EUA e no Canadá, apresentando resultados e propostas de mudança curricular na publicação *Medical Education in United States and Canada. A report to the Carnegie Foundation for the Advancement of teaching* (Flexner, 1910). Sua preocupação central foi com o desnível de qualidade entre os profissionais formados nas diferentes escolas médicas. Atento à base científica da medicina, enquanto conhecimento e prática profissional, Flexner buscou apontar a necessidade da formação do aluno tanto nas ciências em geral, de maneira preparatória à medicina, como, em segundo estágio, nas ciências básicas que dão suporte direto à medicina

modelo importado dos EUA; adotados pela Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (FESP), e o sanitarianismo desenvolvimentista, cujo pressuposto era que o desenvolvimento econômico resultaria em melhoria do estado de saúde das populações.

Paralelamente ao desenvolvimento da higiene e da Saúde Pública surgiram diversas instituições voltadas para a assistência médica individual, inicialmente financiadas pelas caixas de aposentadoria e pensão dos sindicatos e posteriormente pelo Estado, por intermédio

dos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAP), para diversas categorias de trabalhadores (marítimos, bancários, comerciários e servidores públicos, entre outros). Essa assistência médica dirigida aos trabalhadores registrados formalmente nas empresas foi posteriormente estendida a suas famílias com o apoio da Previdência Social, que também respondia pelas aposentadorias e demais benefícios trabalhistas. Por isso, foi denominada “medicina previdenciária”.

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

glo, nas ciências básicas que dão suporte direto à medicina, o que seria complementado com o aprendizado profissionalizante em práticas clínicas hospitalares conjugadas à investigação laboratorial. Em suas palavras: “(...) Pode-se descrever com justeza que a moderna medicina é caracterizada pelo manejo crítico da experiência. (...) No âmbito pedagógico, a medicina moderna, como todas as educações científicas, é caracterizada pela atividade. O aluno não mais apenas olha, ouve ou memoriza; ele faz. Sua própria atividade no laboratório e na clínica é o fator principal em sua instrução e no ensino. (...) O progresso da ciência e da prática científica e racional da medicina emprega exatamente a mesma técnica. (...) Investigação e prática são, então, um só, em espírito, método e objeto. (...) O hospital é ele próprio, em todos os sentidos um laboratório.” (Extraído de Schraiber, 1989: 109-10).

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

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

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

Originados nos EUA, no período 1940/1960, esses movimentos constituíram importante base da crítica ao modo progressivamente especializado e segmentador com que a prática médica vinha sendo desenvolvida e ensinada. Isso porque esses movimentos pretendiam que os médicos, em sua prática cotidiana, não tratassem apenas da medicina curativa e, ainda mais, aquela cen-

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

A reforma então sugerida foi a de acrescentar à formação médica a experiência do aluno em práticas assisten-

trada em ramos especializados, mas que fossem capazes de um cuidado global do paciente. Esse cuidado deveria buscar uma concepção ampla de saúde, como horizonte da assistência médica que ofereciam nos serviços, preocupando-se também com a prevenção e a reabilitação do doente para a retomada de suas atividades usuais na vida social (Schraiber, 1989).

Buscavam, assim, ampliar a visão do médico quanto a sua intervenção, acreditando com isso que os serviços teriam, por consequência, uma reorientação assistencial. E para alcançar essa nova visão, acreditavam ser necessário e suficiente uma boa reforma curricular. No caso da Medicina Integral, a proposta girava em torno da concepção de uma formação mais ampla e integrada (“integral”), com um conjunto de disciplinas no ensino médico que fosse capaz de rearticular o “todo biopsicosocial” a que correspondia o paciente. Já com certa crí-

tica ao excesso de aprendizado hospitalar, afastando o aluno das condições de vida usuais do paciente e, assim, tornando difícil sua formação inserida em um cuidado global, a proposta da Medicina Integral viu na introdução de uma disciplina voltada para a Medicina Preventiva e imediatamente articulada com disciplinas das ciências da conduta e das ciências sociais, de que se tratará mais adiante também, o instrumento para a integração que postulava, entendendo que a própria Medicina Preventiva teceria a coordenação das disciplinas biológicas.

No caso da Medicina Comunitária, movimento que sucedeu ao da Medicina Integral, além de adotar também as referências anteriores, a crítica à formação do médico enfatizou o ensino exclusivamente centrado no hospital. Propiciando ao aluno apenas o aprendizado nas patologias mais raras e em situações apartadas da família e da comunidade, o ensino hospitalar o impedia de interagir com as patologias mais frequentes e aprender uma prática tecnologicamente mais simplificada. A importância desses últimos aspectos na proposta estava

dada pelo momento histórico em que surgiu: nos anos 1960, a medicina americana já via dificuldades de cobertura assistencial de parte de sua população, sobretudo a mais carente e a de idosos, uma vez que tal cobertura estava, como ainda está até hoje, muito associada à condição empregatícia. Considerando os custos crescentes da assistência médica, que se relacionam com as tecno-

logias e a expansão do ensino em grandes hospitais e em clínicas extramuros do hospital-escola, localizando-se diretamente nas comunidades e de preferência entre as populações mais carentes.

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

Departamentos de Medicina Preventiva e a Medicina Social

A partir da proposta da Medicina Integral, da criação de departamentos de Medicina Preventiva nas escolas médicas americanas e dos seminários promovidos pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) para a difusão dessas ideias e a implantação dessas unidades acadêmicas (OPS, 1976) foram criados os primeiros departa-

mentos no Brasil, na década de 1960. Contudo, sua institucionalização e expansão ocorreram, efetivamente, na década seguinte, após a Reforma Universitária de 1968.

Embora muitos estudos analisem essa experiência na América Latina e no Brasil, dois se destacam por sua abrangência e contribuições críticas. O primeiro, iniciado em 1967 (Garcia, 1972), visava à avaliação do ensino dos aspectos preventivos e sociais da medicina, mas foi ampliado para contemplar o processo de formação e suas relações com a prática médica e a estrutura social. Entre

os tópicos analisados no ensino dos departamentos de Medicina Preventiva destacavam-se as medidas preventivas, a epidemiologia, a medicina quantitativa, a organização e administração de serviços de saúde, além das chamadas “ciências da conduta”, incluindo a sociologia, a antropologia e a psicologia social. O segundo estudo (Arouca, 2003), concluído em 1975, partia do reconhe-

logias mais sofisticadas e a simplificação destas em práticas voltadas para as patologias mais comuns, a Medicina Comunitária surgia, naquele momento, como uma

cimento das dificuldades no ensino desses aspectos em sociedades que não produziram mudanças nos sistemas de saúde e atribuíam diferentes valores à vida humana

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

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

Assim, as contradições e conflitos presentes na sociedade brasileira possibilitaram uma crítica ao preventivismo e uma aproximação às concepções da Medicina Social elaboradas na Europa no século XIX, a partir das lutas sociais ali desenvolvidas e, especialmente, das contribuições de Rudolf Virchow (Rosen, 1979; Paim, 2006). A produção de conhecimentos no Brasil diversifica te-

mas, objetos e metodologias, com distintas conotações para a noção de coletiva: como meio ambiente, como coleção de indivíduos; como conjunto de efeitos da vida social; como interação entre elementos; e “coletivo transformado em social como campo específico e estruturado de práticas” (Donnangelo, 1983: 27). Esta última aceção, ou seja, o “coletivo” que toma o social como objeto privilegiado na produção do saber e na intervenção, vai marcar o desenvolvimento da Medicina Social no Brasil, especialmente em programas de pós-graduação de

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

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

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

si, especialmente em programas de pós-graduação de determinados Departamentos de Medicina Preventiva e Social e de Escolas de Saúde Pública.

Quando o governo passou a apoiar algumas linhas de pesquisa em Medicina Social, por meio do Programa de Estudos Socioeconômicos em Saúde (PESES) da Fio-cruz, com o auxílio da Financiadora de Estudos e Projetos – Finep (Escorel 1999), desenvolveu-se um trabalho teórico voltado para a Medicina Social entre alguns departamentos de Medicina Preventiva e Escolas de Saúde Pública. Esta aproximação à Medicina Social, no plano

acadêmico, era alimentada por movimentos sociais que colocavam em debate a questão saúde e propostas de redefinição das políticas de saúde no Brasil que resultaram na Reforma Sanitária Brasileira e no Sistema Único de Saúde (SUS).

EMERGÊNCIA DA SAÚDE COLETIVA

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

ticas e ideológicas (Paim, 1982).

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

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

Boxe 1.3 Saúde Coletiva: quadro teórico de referência

- A saúde, enquanto estado vital, setor de produção e campo de saber, está articulada à estrutura da sociedade através das suas instâncias econômicas e político-ideológicas, apresentando, portanto, uma historicidade.
- As ações de saúde (promoção, proteção, recuperação, reabilitação) são determinadas pelas condições de vida e trabalho, e devem ser planejadas e implementadas em conjunto com a comunidade.

mentos humanos, diante das propostas de extensão de cobertura de serviços de saúde, conformando uma “tendência racionalizadora”. Esta possibilita uma confluência de interesses com o preventivismo e com um projeto crítico de Medicina Social que se expressa, contraditoriamente, nos programas de residência em medicina preventiva e

bilitação) constituem uma prática social e trazem consigo as influências do relacionamento dos grupos sociais.

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

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

social, tratativa-se de uma “tentativa de conciliar a Saúde Pública com a medicina social e com a medicina preventiva” (Fonseca, 2006: 34).

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

Todavia, o desenvolvimento do projeto crítico de Medicina Social nos programas de residência em medicina preventiva e social, bem como nos cursos de mestrado e doutorado, deflagrava tensões acadêmicas e, sobretudo, políticas em função das críticas realizadas à situação de saúde e às políticas de saúde implementadas pelos go-

vernos autoritários. Essas três tendências – *preventivista* (Medicina Integral), *racionalizadora* (Saúde Pública) e *teórico-crítica* (Medicina Social) – conviveram contraditoriamente nos programas de pós-graduação durante a década de 1980 e, possivelmente, se reproduziram na Reforma Sanitária Brasileira (RSB) enquanto correntes *liberal-sanitarista*, *racionalizadora* e *crítico-socialista*. Portanto, desde suas origens, a RSB carregava distintas concepções e projetos políticos para a saúde em suas dimensões setorial e societária (Paim, 2008).

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

Ao trazer para a reflexão a noção de “campo”, alertava que essas tendências não afetavam a dominância da medicina individual e que o caráter político da Saúde

Coletiva não podia ser ocultado, como geralmente ocorre na medicina quando apela para a cientificidade das ciências naturais. A Saúde Coletiva, ao contrário, ao lidar com uma multiplicidade de questões que atravessam as ciências naturais e sociais, implica a necessidade de construção do social como objeto de análise e como

essas denominações e concepções persistem até hoje em algumas instituições.

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

campo de intervenção (Donnangelo, 1983). Esse social e diverso e supõe, obviamente, diferentes interesses, posições e projetos daqueles que o compõem em distintas conjunturas.

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

CONDIÇÕES DE POSSIBILIDADES HISTÓRICAS DO SURGIMENTO DA SAÚDE COLETIVA

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

Modernização do ensino da medicina e as agências americanas (Kellogg, Rockefeller e

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

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

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

Garcia não apenas formulou as linhas gerais de um programa de estudos e ação, mas também desempenhou o

papel de liderança política, tendo mobilizado recursos institucionais para apoiar os programas emergentes de medicina preventiva e introduzir neles o ensino das ciências sociais em saúde de abordagem histórico-estrutural (Galeano *et al.*, 2011). A OPAS contou com o financiamento da Fundação Milbank nessas atividades. Seus programas visavam à formação de lideranças, permitindo que intelectuais críticos imprimissem a direção ao processo, cujas iniciativas eram vistas como inovadoras (Garcia, 1985).

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

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

Contradições da conjuntura política nacional

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

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

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

mento (II PND), que propunha explicitamente a redistribuição indireta de renda mediante a oferta de bens e serviços sociais. Além disso, foi feito um investimento no desenvolvimento da pesquisa e pós-graduação por intermédio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico (CNPq) e da FINEP, que desenvolveu linha de finan-

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

Desse modo, iniciou-se um debate sobre a profissionalização em Saúde Coletiva (Bosi & Paim, 2010). Em

co (CNIQ) e da FINEP, que desenvolveu uma de manutenção para programas sociais, entre os quais estava a saúde. Um desses programas, o Programa de Apoio ao Desenvolvimento Social, estimulou a formulação de três programas importantes para a constituição da Saúde Coletiva: o Programa de Estudos Socioeconômicos em Saúde (PESES), o Programa de Estudos e Pesquisas Populacionais e Epidemiológicas (PEPPE) e o programa de apoio à pós-graduação em Medicina Social do Instituto de Medi-

cina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) (Ribeiro, 1999).

DESENVOLVIMENTO DA SAÚDE COLETIVA

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

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

A criação dos cursos de graduação em Saúde Coletiva, recentemente, ocorreu como um produto desse processo. Em 2002, realizou-se em Salvador um seminário em que foram discutidas a pertinência e as possibilidades

de criação de uma graduação em Saúde Coletiva. Esse seminário, organizado pelo Instituto de Saúde Coletiva (ISC/UFBa), reuniu diversas instituições, como Ministério da Saúde (MS), ABRASCO e Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), além de docentes de várias universidades (Bosi & Paim, 2010). Naquele momento de

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

A Saúde Coletiva brasileira consolidou-se como es-

paco *multiprofissional* (que reúne diversas profissões) e *interdisciplinar* (que exige a integração de saberes de diferentes disciplinas). Seu desenvolvimento, tanto teórico como no que diz respeito ao âmbito das práticas correspondentes, tende a ultrapassar as fronteiras disciplinares. Nessa perspectiva, sua evolução tem sido na direção de um *campo*, no sentido concebido pelo sociólogo Pierre Bourdieu⁴, que corresponde a um microcosmo social relativamente autônomo, com objeto específico – a saúde no âmbito dos grupos e classes sociais e com

práticas também específicas, voltadas para a análise de situações de saúde que incorpora o conhecimento produzido sobre os determinantes sociais e biológicos da saúde-doença, a formulação de políticas e a gestão de processos voltados para o controle desses problemas no nível populacional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: RELAÇÕES ENTRE A SAÚDE COLETIVA, A REFORMA

SANITÁRIA E O SUS

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

Destaca-se naquela conjuntura o movimento pela

expansão e desenvolvimento do SUS, estimativas eram feitas acerca da existência de milhares de postos de tra-

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

democratização da saúde, conhecido como Movimento da Reforma Sanitária ou “movimento sanitário”, que pro-

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

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

brasileira, mas procurava explicar a determinação social do processo saúde/doença e da organização das práticas de saúde.

Muitos professores, pesquisadores e estudantes de graduação e pós-graduação envolvidos em atividades de ensino, pesquisa e extensão, junto aos segmentos populares e dos trabalhadores, também participavam do movimento sanitário. Propuseram, desde 1979 e por meio do Cebes, a criação do SUS, com caráter público, descentralizado, integral, democrático e com uma ges-

tão participativa. Da perspectiva acadêmica realizaram uma crítica aos limites da Medicina Preventiva, da Medicina Comunitária, da Saúde Pública e da Medicina da Família (Paim, 2006). Surgiu daí a Saúde Coletiva, como a possibilidade de construir algo novo, seja no conhecimento, seja nas ações de saúde, inicialmente apenas como uma designação alternativa mas, progressivamente, como a construção de um campo interdisciplinar e

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

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

emergência — a Saúde Coletiva.

Na contemporaneidade, pode-se afirmar que a Saúde Coletiva instituiu-se, consolidando espaço específico e autônomo, e como tal, vive em contínuo processo de reafirmar-se socialmente. Mas reafirmar-se, reproduzindo os valores e as perspectivas históricas que animaram sua criação, é também estar envolto em novos questionamentos a exigirem sua renovação, reapresentando-se novamente como campo capaz de propor “algo novo” (Schraiber, 2008). O vínculo com a Reforma Sanitária

conquistado em suas raízes históricas e o sistema de saúde existente são hoje parte desses questionamentos: de que modo eles ainda estariam representando “algo novo”? Para além da Reforma Sanitária e do SUS, essa indagação igualmente perpassa o conjunto das conquistas da Saúde Coletiva, expressando a tensão entre o que já se tornou uma tradição, seu corpo instituído de saberes e práticas, e novos desafios, por fazer mais e melhor

âmbito de práticas.

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

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

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

Referências

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

Donnangelo MCF. A pesquisa em Saúde Coletiva no Brasil – a década de 70. In: ABRASCO (ed.) Ensino da Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil. Rio de Janeiro: Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde, UFRJ. Centro Latino-Americano de Tecnologia Educacional para a Saúde (Organização Panamericana da Saúde). Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, 1983; 19-35.

Engels F. A situação da classe trabalhadora na Inglaterra. São Paulo: Boitempo, 2008 [1845].

Escorel S. Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário, Rio de Janeiro, Fiocruz, 1999.

Faria LR. O Instituto de Higiene: contribuição à história da ciência e da administração da saúde em São Paulo. *Physis, Revista de Saúde Coletiva* 1999; 9:175-208.

Fee E. Public Health and the State: the United States. In: Porter D (ed.) *The History of Public Health and the Modern State*. Amsterdam-Atlanta: Clio Medica 1994; 26:224-75.

Flexner A. Medical Education in the United States and Canada. A report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. New York: Carnegie Foundation for The Advancement of Teaching; Boston: D.B. UPDIKE the Merrymount Press (Bulletin 4). 1910.

Flexner A. La formation du médecin en Europe e aux États-Unis: étude comparative. Paris: Masson ET Cie, 1927.

Fonseca CMO. A história da ABRASCO: política, ensino e saúde no Brasil. In: Trindade N, Santana JP (orgs.). *Saúde coletiva como compromisso: a trajetória da ABRASCO*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006:21-44.

Foucault M. O nascimento da medicina social. In: Foucault M (ed.) *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979:79-98.

Galeano D, Trotta L, Spinelli H. Juan César García y el movimiento latinoamericano de medicina social: notas sobre una trayectoria de vida. *Salu Colectiva* 2011; 7(3):285-315.

Garcia JC. La educación medica em la América Latina. Washington, D.C., OPS (Publicación científica, 255). 1972.

Garcia JC. Juan Cesar Garcia entrevista Juan Cesar Garcia. In: Nunes ED (ed.) *As ciências sociais em saúde na América Latina: tendências e perspectivas*. Brasília: OPAS, 1985; 21-8.

Lima NT, Fonseca CMO, Hochman G. A saúde na construção do Estado Nacional no Brasil: reforma sanitária em perspectiva histórica. In: Lima NT, Gershman S, Edler FC, Suarez JM. (eds.) *Saúde e democracia. História e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005:27-58.

Programa de Educação Continuada da Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, 1983:37-59.

Nogueira RP. Do físico ao médico moderno: a formação social da prática médica, São Paulo: Ed. UNESP, 2007.

Nunes ED (ed.) *As ciencias sociais em saúde na América Latina: Tendências e Perspectivas*. Brasília: OPS, 1985.

Nunes ED. As contribuições de Juan Cesar Garcia às ciências sociais em saúde. In: Nunes ED (ed.) *Juan Cesar Garcia. Pensamento social em saúde na América Latina*. São Paulo: Cortez, 1989:11-33.

OPS. Enseñanza de la medicina preventiva y social – 20 años de experiencia latinoamericana. Washington, D.C.: Organization Panamericana de la Salud (OPS) Publ. Cient. 234, 1976.

Paim JS. Políticas de saúde no Brasil. In: Rouquayrol MZ, Almeida-Filho ND (eds.) *Epidemiologia e saúde*. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003:587-603.

Paim JS. Desafios para a saúde coletiva no século XXI. Salvador: EDUFBA, 2006.

Paim JS. Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador/Rio de Janeiro: EDUFBA/Fiocruz, 2008.

Ribeiro P. A instituição do campo científico da saúde coletiva no Brasil (1975:1978). Master, Fundação Oswaldo Cruz, 1991.

Rosen G. Da polícia médica à medicina social. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

Rosen G. A evolução da Medicina Social. In: Nunes EDO (ed.) *Textos, medicina social. Aspectos históricos e teóricos*. São Paulo: Global, 1983:25-82.

Rosen G. Uma história da saúde pública, São Paulo: Hucitec-UNESP, 1994 [1958].

Schraiber LB. Educação médica e capitalismo, São Paulo-SP: Hucitec, 1989.

Schraiber LB. Prefácio Saúde Coletiva: um campo vivo. Salvador, Rio de Janeiro: Edufba-Editora Fiocruz 2008:9-20.

Trindade EMD. Modèles et emprunts: l'hygiénisme au Brésil (fin XIX e début XX e siècles). In: Bourdelais P. (ed.) *Les Hygiénistes: enjeux, modèles et pratiques*. Paris: Belin, 2001:267-95.

Vigarello G. Le propre et le sale. L'Hygiène du corps depuis le Moyen Age. Paris: Editions du Seuil, 1985.

Winslow CEA. The untitled fields of Public Health. *Science* 1920; 51: 23-33.

2

Conceitos de Saúde: Atualização do Debate Teórico-Metodológico

Naomar de Almeida-Filho ♦ Jairnilson Silva Paim

INTRODUÇÃO

Se perguntarmos às pessoas o que é saúde, certamente teremos uma grande quantidade de definições. Algumas poderão dizer que saúde significa simplesmente sentir-se bem; outras que ter saúde é não estar doente. Muitas afirmarão que saúde é poder estar em pé, trabalhando, tocando a vida para a frente. Talvez haja ainda quem apele para uma filosofia espontânea e declare que saúde é alegria de viver ou estar de bem com a vida.

tico, assim como noções do discurso comum, centrais para o imaginário social contemporâneo. Para responder essa questão, podemos tomar como hipótese, apenas para início de conversa, que a saúde é uma realidade múltipla e complexa, referenciada por meio de conceitos (pela linguagem comum e pela Filosofia do Conhecimento), apreensível empiricamente (pelas ciências biológicas e, em particular, pelas ciências clínicas), analisável (no plano lógico-matemático e probabilístico, por meio da Epidemiologia) e representável por meio

Justamente em função dessa diversidade de definições de saúde, os países vinculados à Organização das Nações Unidas (ONU) que criaram a Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1949 convencionaram afirmar que saúde é o completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doenças. Ainda assim, muita controvérsia existe em torno de tal definição.

No fim do século passado, considerava-se que uma das tarefas intelectuais mais instigantes e oportunas seria fundamentar uma concepção e uma prática vinculadas à ideia de saúde. Ainda atual e relevante, trata-se de um ambicioso projeto que visa transformar a forma hegemônica de conceitualizar a saúde, desmedicalizá-la, passando a concebê-la como capacidade social para gozar a vida, ter prazer em viver e conquistar a qualidade de vida (Nájera, 1992). Enfim, saúde reconhecida como qualidade de vida, solidariedade, alegria de viver, gozo estético, prazer, *axé* (energia), projeto de felicidade (Paim, 1994; Mendes-Gonçalves, 1995; Ayres, 2002).

De fato, o termo saúde¹ designa um conceito rico e complexo, de grande interesse filosófico, científico e prá-

¹Cabe de pronto uma anotação etimológica. No idioma português, o termo *saúde* deriva de uma mesma raiz etimológica proveniente do latim *Salus*, em que designava o atributo principal dos seres intactos, íntegros. Dele deriva um outro radical de interesse para o nosso tema – *salvus* – que no latim medieval conotava a situação de superação de ameaças à integridade física dos sujeitos.

por meio da Epidemiologia) e perceptível por seus efeitos sobre o modo de vida dos sujeitos (por meio das Ciências Sociais e Humanas). Essa questão e a hipótese dela decorrente se desdobram em uma série de perguntas conceituais que anima o debate atual a propósito das bases filosóficas, científicas e práticas do conhecimento sobre fatos e fenômenos, ideias e processos relativos à saúde.

Por um lado, é preciso propriamente perguntar sobre a natureza e as propriedades do conceito de saúde em si, como objeto de conhecimento e como operador de transformações no mundo e na vida dos sujeitos que nele habitam. Eis aí uma questão fundamental: será a saúde uma coisa? Mas o que é uma “coisa”? Um algo com materialidade, tangível, mensurável? Uma existência sensível (no sentido de ser capaz de ativar nosso aparato sensorial)? Um ente provido de concretude? (Não esqueçamos que por muito tempo falava-se de “entidade mórbida” para designar quadros de doença, problemas de saúde ou fenômenos correlatos.)

Por outro lado, é preciso questionar o sentido e o lugar das práticas pessoais, profissionais, institucionais e

sociais que de modo articulada, conformam os espaços onde a saúde se constitui. Será a saúde um campo cultural? Campo científico, campo de saberes, campo de práticas sociais? E que natureza, modalidades e condições de existência distinguem tais práticas de tantas outras da vida humana em sociedade? Nesse caso, designar atos

de promoção, proteção, cuidado e prolongamento da vida como serviços de saúde seria redundante?

Em síntese, várias dimensões ou facetas do conceito saúde, reconhecidas por diversos autores, representati-

uma diferença essencial entre os conceitos, Platão põe na boca de Sócrates a seguinte afirmação: “Engendrar a saúde é estabelecer, conforme a natureza, relações de comando e submissão entre os diferentes elementos do

vos de distintas escolas de pensamento, compõem a pauta deste capítulo.

1. A questão conceitual da saúde como problemática filosófica (ou mais precisamente, epistemológica) crucial para o reconhecimento dos saberes sistemáticos referidos a questões de vida, funcionalidade, competência, sofrimento, dor, aflição, incapacidades, restrições vitais e morte.
2. A saúde como fato, atributo, função orgânica, estado vital individual ou fenômeno natural, definido negativamente como ausência de doenças e incapacidade ou positivamente como funcionalidades, capacidades, necessidades e demandas.
3. A medida da saúde no sentido de avaliação do estado de saúde da população, indicadores demográficos e epidemiológicos, análogos de risco, competindo com estimadores econométricos de salubridade ou carga de doença.
4. O valor da saúde; nesse caso, tanto sob a forma de procedimentos, serviços e atos regulados e legitimados, indevidamente apropriados como mercadoria, quanto como direito social, serviço público ou bem comum, parte da cidadania global contemporânea.
5. A práxis da saúde, enquanto conjunto de atos sociais de cuidado e atenção a necessidades e carências de saúde e qualidade de vida, conformados em campos e subcampos de saberes e práticas institucionalmente regulados, operada em setores de governo e de mercados, em redes sociais e institucionais.

No decorrer do capítulo, cada um desses temas será sucessivamente apresentado e discutido, destacando sua diversidade de formas e realçando suas diversas facetas, modos e estruturas conceituais, respeitosa da complexidade dos fenômenos, eventos e processos da saúde-doença-cuidado.

QUESTÃO CONCEITUAL DA SAÚDE

Nesta seção, apresentamos uma discussão geral das distintas facetas da saúde como conceito filosófico. Praticamente todos os filósofos clássicos, em um ou outro momento de suas obras, referem-se a temas relacionados com a saúde e a doença em suas obras. Sem dúvida, a natureza da saúde constitui questão filosófica secular,

corpo; engendrar a doença é permitir-lhes comandar ou ser comandados um pelo outro ao arrepió da natureza (Platão, 2004: 146).

Aristóteles apresenta a diáde saúde-doença como ilustração de que opostos se encontram em contradição não necessariamente por serem um verdadeiro e outro falso. Para ele, dizer que “o homem é sadio” significa atribuir-lhe uma qualidade afirmativa; do mesmo modo, dizer “o homem é doente” também é atribuir-lhe uma qualidade afirmativa. Nesse sentido, “doente” e “não sadio” não permitem dizer a mesma coisa. Assim, Aristóteles conclui que: “por exemplo, saúde e doença são contrários, mas nem um nem outro é verdadeiro nem falso. [...] o bom é ao mesmo tempo bom e não mau” (Aristóteles, 1985: 164).

Na época moderna, o filósofo francês René Descartes desenvolve duas ideias centrais sobre saúde que parecem contestar a visão contemporânea predominante que toma seu pensamento como mecanicista, reducionista e dualista. Por um lado, defende que as sensações da enfermidade (dor, sofrimento) e das necessidades (sede, fome)

– e, conforme indica implicitamente, de saúde e de felicidade – resultam da união e da con-fusão mente-corpo. Por outro lado, pretende demonstrar racionalmente a existência da alma ao duvidar que um mecanismo feito de ossos, nervos, músculos, veias, sangue e pele possa funcionar pela mera disposição de órgãos e sistemas (Descartes, 2004).

No final do século XVIII, Immanuel Kant levanta duas interessantes questões relativas ao conceito de saúde. Primeiro, postula uma oposição dialética entre terapêutica (clínica, referida à doença) e dietética (preventiva, referida à saúde). Segundo, define o sentimento de saúde como uma das faculdades privadas do ser humano. Na perspectiva terapêutica, a saúde não tem qualquer relevância, pois o que se pretende é a supressão ou eliminação da doença por fatores e procedimentos práticos. Na perspectiva da dietética como prevenção, buscava-se aplicar a racionalidade científica para proteger a saúde, reduzindo a possibilidade de ocorrência de doenças. Em relação ao segundo ponto, o sentimento de saúde não pode deixar de ser ilusório, uma aparência fugaz, já que a sensação de bem-estar não implica que a doença esteja efetivamente ausente. O sentimento da doença, este sim, será indubitável e inapelável: sentir-se mal significaria sempre ausência de saúde (Kant, 1993).

a natureza da saúde constitui questão filosófica secular. O grande filósofo grego Platão, considerado fundador da Filosofia Ocidental, defendia uma oposição conceitual entre virtude e vício. Virtude significa “saúde, beleza, boa disposição de ânimo”; ao contrário, vício implica “doença, feiúra, fraqueza”. Com a intenção de demarcar

mas significaria sempre ausência de saúde (Kant, 1998). Grandes filósofos contemporâneos se notabilizaram justamente por escrever sobre temas de saúde e correlatos, como Canguilhem, Heidegger, Gadamer e Foucault. O filósofo francês Georges Canguilhem, em sua obra inaugural *O Normal e o Patológico* (2006 [1943]), argu-

menta que não se pode considerar a doença como fato objetivo, posto que os métodos da ciência clínica só têm a capacidade de definir variedades ou diferenças, descriptivamente. Nessa perspectiva, o patológico corresponde diretamente ao conceito de doença, implicando o contrário vital do sadio. As possibilidades do estado de saúde são superiores às capacidades normais: a saúde institui e reafirma uma certa capacidade de ultrapassar as crises determinadas pelas forças da doença, permitindo dessa

maneira instalar uma nova ordem fisiológica. Canguilhem (2006) toma a normalidade como categoria mais ampla, que engloba a saúde e o patológico como subcategorias distintas. Nesse sentido, tanto saúde como doença são normalidade, na medida em que ambas implicam uma norma de vida, sendo a saúde uma norma de vida superior e a doença uma norma de vida inferior. A saúde transcende a perspectiva da adaptação, superando a obediência ir-restrita ao modo de vida estabelecido. Ela é mais do que isso, na medida em que se constitui justamente pela

transgressão de normas e pela transformação das funções vitais. Ainda assim, a tese desse autor limitou-se aos aspectos físicos, recorrendo em sua argumentação a exemplos de patologias como diabetes. Evitou, por exemplo, problematizar a questão mais complexa da saúde mental.

O grande pensador francês Michel Foucault (2011),

A ideia de que a saúde é algo individual, privado, singular e subjetivo tem sido recentemente defendida pelo filósofo alemão Hans-Georg Gadamer. Segundo esse autor, o mistério da saúde encontra-se em sua interioridade radical, em seu caráter rigorosamente privado (Almeida-Filho, 2011). A saúde não se revelaria às outras pessoas nem se abriria a instrumentos de medida, com outros gradientes biológicos. Por esse motivo, não faria sentido pensar em uma distinção entre saúde e en-

fermidade. Trata-se de uma questão que diz respeito somente a pessoa que está se sentindo enferma e que, por não poder mais lidar com as demandas da vida ou com os temores da morte, decide ir ao médico. A conclusão de Gadamer é singela: por seu caráter privado, pessoal, radicalmente subjetivo, a saúde não constitui questão filosófica e nunca poderá ser reduzida a objeto da ciência.

É certo que a perspectiva gadameriana em defesa da saúde privada, inerente, enigmática, radicalmente subjetiva, justificaria considerar a inviabilidade de uma abor-

dagem científica da saúde. Entretanto, uma das principais proposições de Gadamer resulta crucial para o avanço de uma formulação alternativa do objeto científico da saúde. Apoiando-se, como lhe é característico, em um argumento etimológico, defende a ideia de que a saúde é inapelavelmente totalizante porque seu conceito indica diretamente integralidade ou totalidade. Por

considerado discípulo e herdeiro de Canguilhem, inicialmente buscou estudar o surgimento dos padrões de normalidade no âmbito da medicina. No contexto de reconstrução cultural do século XVIII, buscava-se intervir sobre o indivíduo humano, seu corpo, sua mente, e não apenas sobre o ambiente físico, para com isso recuperá-lo para a produção. Listar as possibilidades normais de rendimento do homem, suas capacidades, bem como os parâmetros do funcionamento social normal extrapolaram o campo médico e passaram a ser tarefas da medicina mental, da psicologia e das ciências sociais aplicadas. Posteriormente, Foucault antecipa uma definição política de saúde como capacidade adaptativa aos poderes disciplinares ou submissão dos corpos ao que designa como biopoderes.

No último trabalho de sua vida, Canguilhem (1990) retoma a obra de Kant que, como vimos, teria fundamentado a posição de que a saúde é um objeto fora do campo do saber e que, por esse motivo, nunca poderia ser um conceito científico. Canguilhem propõe que a saúde é uma questão filosófica na medida em que está fora do alcance dos instrumentos, protocolos e aparelhos

da ciência. Esta “saúde filosófica” recobriria, sem com ela se confundir, a saúde individual, privada e subjetiva. Trata-se nesse caso de uma saúde sem conceito, que emerge na relação praxica do encontro médico-paciente, validada exclusivamente pelo sujeito doente e seu médico (Coelho & Almeida-Filho, 1999).

essa via, como veremos adiante, a noção gadameriana do “enigma da saúde” termina por abrir caminho a uma abordagem holística do conceito de saúde.

Apesar disso, Canguilhem (1990) opõe-se à exclusão da saúde como objeto do campo científico, antecipando uma posição antagônica à de Gadamer. Ele considera que a saúde se realiza no genótipo, na história da vida do sujeito e na relação do indivíduo com o meio, daí porque a ideia de uma saúde filosófica não contradiz tomar a saúde como objeto científico. Enquanto saúde filosófica compreende “saúde individual”, saúde científica seria a “saúde pública”, ou seja, saúde dos coletivos humanos, uma salubridade que se constitui em oposição à ideia de morbidade. Com base nesse argumento, a saúde filosófica não incorpora apenas a saúde individual, mas também seu complemento, reconhecível como uma saúde pública, ou melhor, publicizada (ou melhor ainda, politizada) que, no Brasil, chamaríamos de Saúde Coletiva (Paim & Almeida-Filho, 2000).

SAÚDE COMO FENÔMENO NATURAL

Independentemente da perspectiva filosófica assumida, saúde como fenômeno pode ser entendido tanto em termos da positividade de sua existência como em relação aos níveis de sua referência como objeto de estudo. Desse ponto de vista, a saúde pode ser conceituada como fato, evento, estado, situação, condição ou processo.

O primeiro recorte se refere à positividade do conceito. Nesse aspecto, saúde tem sido definida negativamente ou positivamente. Na concepção negativa, o termo saúde implica mera ausência de doenças, riscos

essas forças operam de maneira harmoniosa, há saúde; caso contrário, sobrevém a doença. As medidas terapêuticas desses sistemas médicos tradicionais (ventosas, sangrias, acupuntura, ioga) têm por objetivo restaurar

agravos e incapacidades. Na vertente positiva, saúde pode denotar desempenho, funcionalidades, capacidades e percepções.

No segundo recorte, que compreende níveis de referência ou planos de existência, fenômenos de saúde ocorrem em níveis coletivos (populacional ou social) e individuais (subjetivo ou clínico).

No primeiro nível, em âmbito coletivo ou agregado, conceitos de saúde têm sido postulados como estado, situação ou condição atribuída a grupos ou populações hu-

manas, em espaços geográfica ou politicamente definidos, ecologicamente estruturados e socialmente determinados. Nessa acepção, medidas e indicadores de saúde têm sido desenvolvidos e aplicados, particularmente nos campos disciplinares da Epidemiologia e da Economia da Saúde, a partir de referencial metodológico numérico ou estatístico.

Agora podemos analisar o segundo nível ou plano de ocorrência: a saúde em âmbito individual ou singular. Nesse nível, conceitos de saúde têm sido considerados, por outro lado, por referência a capacidade, estado ou condição individual, em uma perspectiva predominantemente fisiopatológica que se situa, mais precisamente, nos subcampos do campo científico da Biologia Humana. Nessa vertente, o termo saúde tem sido relacionado a uma, ou mais de uma, das seguintes ideias: (a) função regulada ou padrão normal de adaptação bioecológica; (b) estado resultante da manutenção ou restabelecimento de um equilíbrio dinâmico organismo-ambiente; (c) controle ou neutralização de agentes, estímulos e processos patológicos; (d) condição resultante da correção de defeito, lesão, falta ou déficit em organismos vivos.

Saúde como equilíbrio

A mais antiga teoria naturalista sobre sofrimento, doença, vida e morte, ainda vigente, atribuída a Hipócrates, considerava a saúde como estado de equilíbrio vital. Essa doutrina postulava a existência de quatro

humores constituintes do corpo: bile amarela, bile negra, fleuma e sangue. No modelo hipocrático, a saúde era definida como perfeito equilíbrio entre os humores e desses com os quatro elementos constituintes do mundo: ar, fogo, terra e água.

o fluxo normal de energia no corpo doente e recuperar o equilíbrio em sua relação com o ambiente.

As noções de saúde como harmonia entre ambientes e humores sobreviveram nas teorias médicas dos séculos XVII e XVIII. No entanto, essa concepção ganha força particular no século XIX, a partir do advento da medicina experimental de Claude Bernard, quando surge a ideia de meio interior e o princípio da autorregulação. Com a fisiologia sistêmica de Bernard, o tema do equilíbrio ganhou novas formas e forças na modelagem da homeostase e na redefinição do conceito de equilíbrio hidroeletrólítico em bases biomoleculares (Coelho & Almeida-Filho 1999).

Na perspectiva darwiniana da evolução biológica, principal avanço das ciências da vida no século XIX, a doença infecciosa significa um acidente na competição entre duas espécies. Em um período de tempo suficientemente longo, a espécie humana e os microrganismos patogênicos tenderiam a adaptar-se mutuamente. O patógeno passaria gradualmente da situação de parasita à de comensal. No começo, a enfermidade seria grave e mortal, para ir se tornando gradualmente mais benigna à medida que uma adaptação mútua se processa.

Também as chamadas doenças crônicas degenerativas podem ser interpretadas em uma abordagem biológica evolutiva. A ocorrência de patologias pode significar o preço pago pela espécie humana em sua adaptação a novas condições ambientais. Modificações em dieta podem ser responsabilizadas por quadros metabólicos; novas substâncias de alto potencial alergênico, sintetizadas pela indústria e lançadas no ambiente, podem alterar significativamente o sistema imunológico humano. A transição demográfica implica aumento da expectativa de vida, o que possibilita o aparecimento de processos neoplásicos degenerativos. A mudança cultural provocada pela modernização e a adaptação à vida urbana causam sedentarismo e estresse, causando sobrecarga fisiopatológica para o sistema circulatório e aumentando o risco de transtornos mentais.

A compreensão da doença como excesso ou falta é mais evidente quando se trata de sintomas resultantes da exacerbação ou redução das funções normais, designados por prefixos referentes a excesso ou falta, como hiperglicemia e hipoglicemia, hipertensão e hipotensão.

O conceito de saúde como equilíbrio e da doença como descompensação persiste em diferentes cosmologias. Nas culturas asiáticas, as noções de saúde e doença predominantes ainda hoje conservam o essencial das antigas tradições hipocrática e galênica da medicina.

Acreditam em forças vitais que animam o corpo: quando

Essas abordagens articulam-se em modelos dinâmicos de patologia, nos quais a ideia de compensação não se resume a suprimento de carências, mas implica estratégias diagnósticas e terapêuticas de reequilíbrio dos processos metabólicos e sistêmicos. A despeito das dife-

rentes interpretações do que seria o conceito de “equilí-

brio” no âmbito da saúde, o que possibilita o tratamento e restabelecimento de pacientes com doenças crônicas não infecciosas, como transtornos mentais, diabetes e hipertensão, são as noções de saúde como equilíbrio, doença como descompensação e cura como sinônimo de estabilização.

Saúde como funcionalidade

O filósofo norte-americano Christopher Boorse define “funcionamento normal” por referência ao termo de “eficiência”, tomando o âmbito da população como base para sua definição de “normalidade estatística”. A fim de poder usar o conceito de função para definir saúde, Boorse (1997) aplica esse construto tanto a doenças que se manifestam como enfermidade como àquelas condições latentes ou assintomáticas (Almeida-Filho & Jucá, 2002). Propõe como alternativa o conceito de funcionamento normal capaz de tornar o funcionamento orgânico em estado

ou condição de normalidade (funcional). Boorse identifica fenômenos patológicos que propõe descartar como anomalias teóricas: (a) enfermidades estruturais – dextrocardia, deformidades menores etc. – não poderiam ser identificadas como doença porque não representam “problemas de saúde”; (b) enfermidades universais – cárie, aterosclerose etc. – também não deveriam ser assim classificadas por-

um dos componentes dessa função encontra-se fora da normalidade estatisticamente definida;

c. saúde como ausência de doença.

Em conclusão, Boorse insiste na proposta de uma teoria negativa da saúde, na qual o fenômeno da saúde poderia ser definido como ausência de doença. Não obstante, reafirma sua conceituação da doença como redução da “eficiência típica” implicada na função normal.

Em consequência, vê-se forçado a definir saúde nos termos funcionais (ou “bioestatísticos”) da fisiologia, enquanto doença é vista paradoxalmente como ausência de saúde. Emerge do contraponto lógico deste argumento a formulação de que a doença pode ser definida como não cumprimento (total ou parcial) de função biológica, a qual se encontra comprometida porque um de seus componentes encontra-se fora da normalidade “bioestatisticamente” definida. Afinal, na teoria biológica de função (e seus desdobramentos), saúde pode ser entendida como eficiência funcional, enquanto doença ou patologia se define por falha, defeito, desvio ou déficit de função, sendo, portanto, rigorosamente, *ausência de normalidade* (Almeida-Filho & Jucá, 2002).

Saúde como ausência de doença

que transgridem o critério bioestatístico de saúde.

A perspectiva boorseana propõe como base para um conceito teórico de saúde o mesmo registro da antinomia

biológica vida-morte. Como eixo de estruturação de uma teoria da saúde, propõe o uso do termo “normal” no lugar de “saúde” e de patológico em substituição a “doença”. Isso porque o termo “patológico” seria mais preciso por sua correlação com as ideias de função biológica e normalidade estatística.

A função normal se define pela contribuição individual, “estatisticamente típica” em relação à classe de referência, para a sobrevivência e reprodução da espécie. Patologia: redução da “eficiência típica” implicada na

função normal. Saúde significa simplesmente ausência de patologia. Sendo o conceito de “condição patológica” formulado nesses termos, aparentemente justifica-se no plano lógico uma definição de saúde como ausência de doença. Assim, Boorse termina indicando que, além da inexistência de patologia, o conceito de saúde poderá implicar simplesmente normalidade, sempre no sentido de ausência de condições patológicas (Almeida-Filho & Jucá, 2002).

Podemos resumir os elementos essenciais da teoria boorseana de saúde-doença, que seriam:

- a. saúde como objeto teórico;
- b. naturalismo ou objetividade na distinção saúde e doença;
- d. conceito de doença relacionado com o cumprimento deficiente de uma função biológica comprometida porque

Inicialmente, devemos assinalar que a quase totalidade dos autores que escreveram sobre o tema apresentaram propostas marcadas por uma referência predominantemente biológica. Daí decorrem, quase inevitavelmente, teorias não da saúde, mas dos processos patológicos e seus correlatos, em que saúde é vista necessariamente como ausência de doença. Como consequência, observa-se uma ênfase nos níveis subindividual e individual, em que efetivamente operam os processos patológicos e vivenciais. Essa cadeia lógica de omissões impossibilita uma conceituação coletiva da saúde (a não ser, é claro, como somatório das ausências individuais de doença).

A concepção de doença como ausência de saúde não se restringe a modelos biológicos ou naturalistas de patologia. A teoria do papel de doente (*sick role*) constitui a primeira referência conceitual, robusta e consistente, para definições de enfermidade-*sickness* como componente societal do objeto complexo doença, como veremos adiante (Parsons, 1975). A teoria funcionalista parsoniana serviu de matriz teórica para abordagens da saúde individual como papel social, desempenho, funcionamento, atividade e capacidade, entre outras, que foram posteriormente condensadas na concepção da saúde enquanto bem-estar social, característica da retórica contemporânea sobre “qualidade de vida”. Nesse quadro, saúde implica função social, estado de capacidade ótima para desempenho efetivo de tarefas socialmente valorizadas permitido pela ausência de enfermidades.

Em uma formulação teórica estruturada que denomina “fenomenologia da saúde”, a teoria de Pörn-Nordenfeld estabelece uma distinção entre doença objetiva

do homem ao estímulo, até as alterações que levam a um defeito, invalidez, recuperação ou morte” (Leavell & Clark, 1976: 7).

e doença subjetiva (Nordenfeld, 1995). A doença objetiva é definida pelo potencial de capacidade funcional não atingido por causa da doença, enquanto a saúde objetiva corresponderia ao efetivo exercício dessa capacidade funcional. A moléstia (ou não saúde) subjetiva teria dois componentes: a consciência de doença (*“mere belief or awareness that someone is ill”*) e o sentimento de doença (*“set of mental states associated with illness”*). Dessa maneira, postula Nordenfeld (1995), uma pessoa P é ou está subjetivamente sadia se, e somente se:

1. não se encontra subjetivamente enferma,
2. acredita ou sabe que está sadia ou
3. não experimenta um estado mental associado a alguma moléstia objetiva porventura existente.

A insistência desses autores em postular uma “medicina teórica” parece contraditória com uma autêntica postura “naturalista”. Na perspectiva médica clássica, o naturalismo encontra-se intimamente vinculado à atividade clínica (Good, 1994). O olhar e o toque clínico, ao

agirem sobre a realidade corpórea, decifriam os processos patológicos, traçando uma diferenciação entre estados de doença e estados saudáveis. Sempre no referencial do naturalismo, recentemente cresce o movimento denominado “medicina baseada em evidências”, que desloca a fonte de referência da eficácia da biomedicina da experiência clínica para a demonstração experimental e para os estudos de meta-análise a partir da epidemiologia.

Uma anotação complementar: de acordo com Can-
guilhem (1990), saúde como perfeita ausência de doença situa-se no campo da anormalidade. O limiar entre saúde e doença é singular, ainda que influenciado por planos que transcendem o estritamente individual, como o cultural e o socioeconômico. Em última instância, a influência desses contextos dá-se no nível individual. Entretanto, tal influência não determinaria diretamente resultados (saúde, vida, doença, morte) dessa interação, na medida em que seus efeitos encontram-se subordinados a processos normativos de padronização.

Saúde-doença como processo

O principal modelo processual dos fenômenos pato-

lógicos em dois períodos consecutivos que se articulam e se complementam. Os períodos são: pré-patogênese, quando manifestações patológicas ainda não se manifestaram, e patogênese, em que processos patológicos já se encontram ativos.

A pré-patogênese compreende a evolução das inter-relações dinâmicas entre condicionantes ecológicos e socioeconômicos-culturais e condições intrínsecas do sujeito, até o estabelecimento de uma configuração de fatores propícia à instalação da doença. Envolve interações entre elementos ou fatores que estimulam o desencadeamento da doença no organismo sadio e condições que permitem a existência desses fatores.

Na pré-patogênese, o conjunto resultante da estruturação sinérgica das condições e influências indiretas – proximais ou distais – constitui ambiente gerador da doença. Fatores que produzem efeitos diretos sobre as funções vitais do ser-vivo, perturbando-as e assim produzindo doença nos sujeitos, são denominados agentes patogênicos. Esses agentes levam estímulos do meio ambiente ao meio interno do ser humano, operando como transmissores de uma pré-patologia gerada e desenvolvida no ambiente. Por sua presença ou ausência, atuam também como iniciadores e mantenedores de uma patologia que passará a existir no ser humano. Ao se considerarem as condições ideais para que uma doença tenha início em um indivíduo suscetível, nesse modelo, nenhum agente será por si só suficiente para desencadear o processo patológico. A eclosão da doença depende da

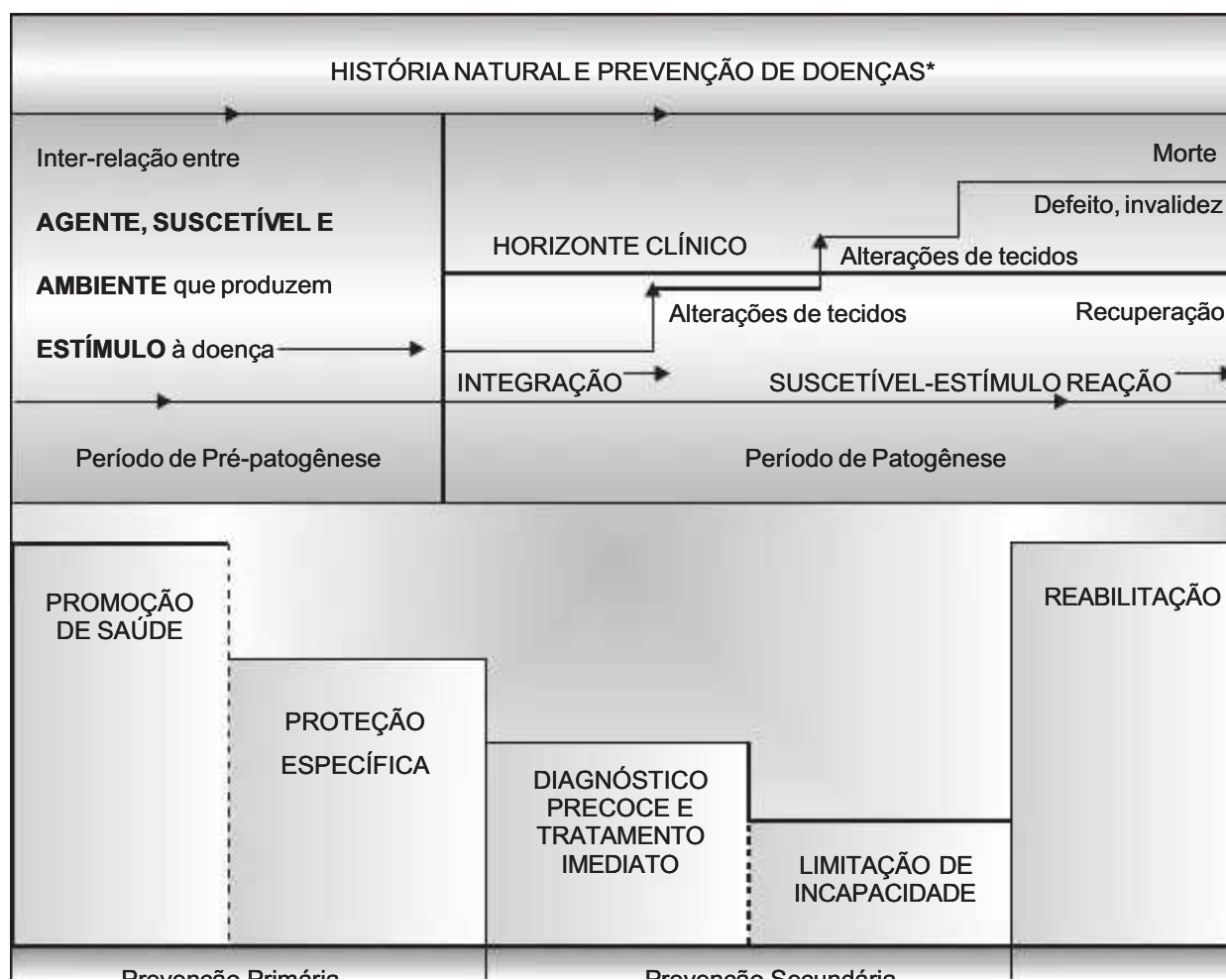
articulação de fatores contribuintes (ou determinantes parciais), de modo que se pode pensar em uma configuração de mínima probabilidade ou mínimo risco; uma configuração de máxima probabilidade ou máximo risco; e configurações intermediárias de risco variando entre os dois extremos. Quanto mais estruturados forem os fatores determinantes, com maior força atuará o estímulo patológico. Quanto mais diversificados forem tais determinantes, mais complexo será o processo de determinação da saúde e das doenças.

Nesse aspecto, determinantes da saúde podem ser biológicos ou socioculturais. Os determinantes biológicos em geral são classificados como genéticos ou ambientais. Os determinantes socioculturais podem ser econômicos,

logicos, desenvolvido no seio das ciencias biomedicas, foi batizado de modelo de *História Natural da Doença* (HND), como mostra a Figura 2.1. Nas palavras dos principais sistematizadores desse modelo, denomina-se “história natural da doença o conjunto de processos interativos que criam o estímulo patológico no meio ambiente, ou em qualquer outro lugar, passando pela resposta

sociais propriamente ditos, culturais e psicológicos.

Determinantes biológicos fazem parte do ecossistema definidor do meio externo onde atuam como agente etiológico, como vetor biológico ou como reservatório. Fatores genéticos determinam ainda maior ou menor suscetibilidade das pessoas para a aquisição de doenças ou manutenção da saúde. Em situações ecológicas des-



*Leavel & Clark, 1976.

Figura 2.1 ♦ Diagrama da história natural da doença.

favoráveis, atuam fatores físicos, químicos e biológicos do meio externo que, por terem acesso ao meio interno de seres vivos, podem funcionar como agentes patogênicos.

Determinantes sociais e econômicos da saúde são poderosos. Não somente pobreza ou privação determina problemas de saúde mediante precárias condições de

vida ou pouco acesso a serviços de saúde; desigualdades econômicas ou iniquidades sociais constituem importante fator de risco para a maioria das doenças conhecidas. Por outro lado, determinantes socioculturais, expressos como preconceitos, hábitos alimentares, crenças e comportamentos, também contribuem para determinação, difusão e manutenção de doenças e para a adoção de formas de proteção e promoção da saúde em grupos humanos. Determinantes que atuam sobre o psiquismo humano, por sua presença ou ausência, tanto podem aumentar a resistência dos sujeitos, constituindo-se em fatores de proteção da saúde, como podem comprometer o sistema imunológico, atuando como estressores, aumentando a suscetibilidade a doenças orgânicas.

Nesse modelo processual, a história natural da doença tem seguimento com o desenvolvimento de processos

patológicos no ser humano. É o período denominado patogênese. Esse estágio se inicia com as primeiras alterações que agentes patogênicos provocam no sujeito afetado. Seguem-se perturbações bioquímicas em nível celular, as quais continuam como distúrbios na forma e função de órgãos e sistemas, evoluindo para defeito permanente (ou sequela), cronicidade, morte ou cura.

Este modelo traz uma concepção ecológica de saúde e doença, dependendo da interação entre agente, hospedeiro e ambiente, representada por uma balança que indicaria forças em equilíbrio. Tal concepção no modelo da HND é considerada duplamente otimista, pois insinua que é possível eliminar o agente ou restabelecer o equilíbrio a favor do hospedeiro. Assim, o homem com saúde estaria no período pré-patogênico, embora constantemente sob a ameaça de transformar-se em doente no período patogênico (Arouca, 2003). Amplia-se desse modo o espaço de normatividade médica, quando a medicina já não se limita a atuar a partir do horizonte clínico, mediante a identificação de sinais e sintomas. Ao contrário, expande seu espaço de intervenção para o período pré-patogênico, ou seja, para toda a vida, já que viver significaria, praticamente, prevenir doenças. Este

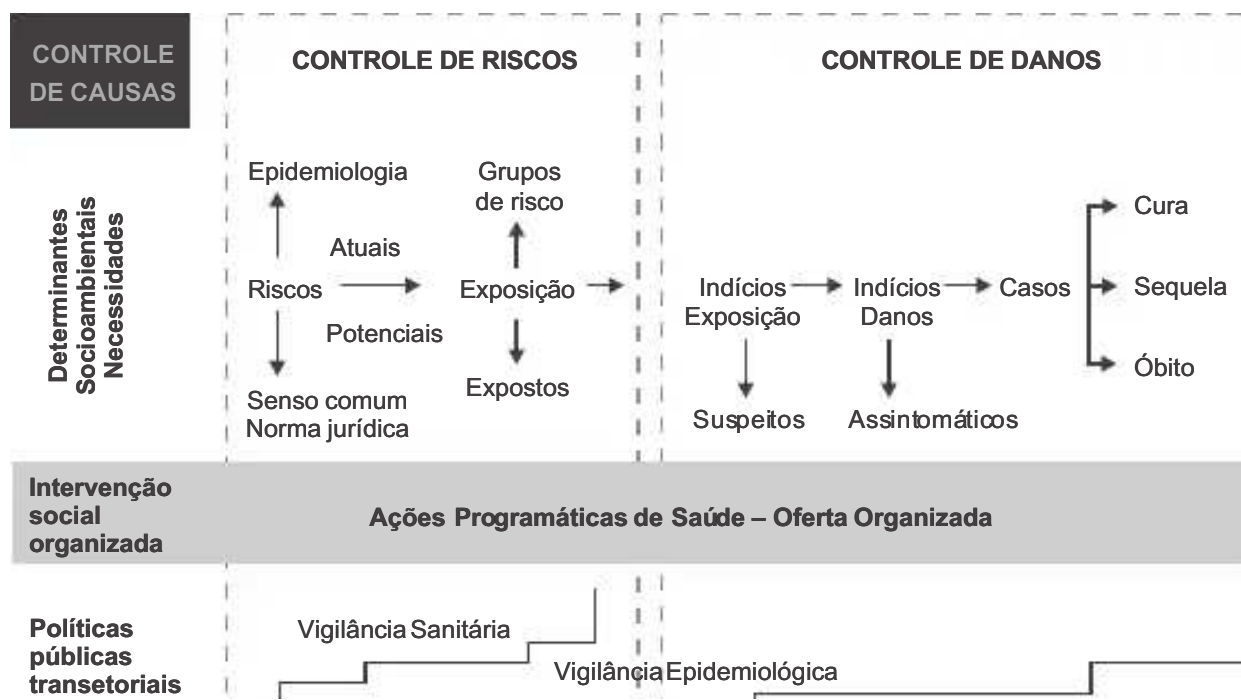
Contudo, o modelo HND representa um grande avanço em relação ao modelo biomédico clássico, na medida em que reconhece que saúde-doença implica um processo de múltiplas e complexas determinações. A vantagem principal desse modelo consiste em dar sentido aos diferentes métodos de prevenção e controle de doenças e problemas de saúde. Não obstante seu valor para a constituição de novas práticas de cuidado em saúde, podemos criticá-los em pelo menos dois aspectos fundamentais. Por um lado, a determinação dos fenômenos da saúde concretamente não se restringe à causalidade das patologias (patogênese). Por outro, meras ferramentas como de fato são, modelos não podem reproduzir a realidade concreta como tal. Assim, objetos de conhecimento e de intervenção do tipo saúde e enfermidade não constituem entes tangíveis portadores de ontologia própria; expectativas de equilíbrio e ordem não são princípios reguladores de um mundo incerto e caótico; a “história natural das doenças” pode ser histórica, mas de maneira nenhuma é natural.

Já o modelo de vigilância da saúde (Figura 2.2) dialoga com o da HND, embora em uma perspectiva de produção social da saúde-doença. Na parte superior do diagrama apresentado na Figura 2.2 consideram-se

casos. Entretanto, antes de casos identificados poderia haver indícios de danos (assintomáticos) e indícios de exposição (casos suspeitos). No momento do *risco* poderia ser verificada a *exposição* propriamente dita através da qual o agente ou a ausência deste influiria sobre o indivíduo e a população. Aqui podem ser lembrados “fontes de infecção”, modos de transmissão e de intoxicação e outras relações entre agentes e ambientes. Antecedendo a exposição existiria o próprio *risco*, seja na acepção do senso comum, da norma jurídica ou da probabilidade com base em estudos epidemiológicos (riscos absoluto, relativo e atribuível) quando são classificados os expostos e os não expostos (indivíduos, grupos e populações). No momento da *causa* são considerados os determinantes socioambientais das necessidades de saúde que, em última análise, podem se expressar em riscos e danos.

Não obstante o reconhecimento dos aspectos biológicos e ambientais da saúde como estruturantes dos fenômenos da saúde, em todas as etapas e para todos os elementos da problemática da saúde-doença como questão científica e tecnológica, ressalta seu caráter histórico e político. Portanto, será certamente mais adequado falar em “história social da saúde”, em processos da saúde-doença-cuidado e em objeto complexo da saúde, visando

Modelo da Vigilância da Saúde



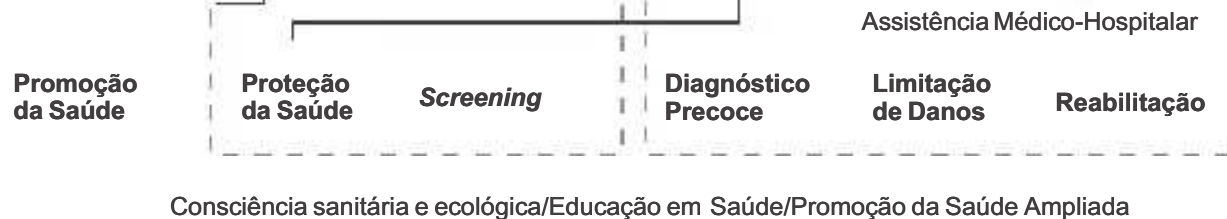


Figura 2.2 ♦ Diagrama da vigilância da saúde.

estender o escopo de estudo dos fenômenos relativos a saúde, ação e vida, assim como sofrimento, dor, aflições e morte de seres humanos, transcendendo o âmbito biológico restrito para uma abordagem dos sistemas ecosociais e culturais.

A partir desse referencial, novos modelos têm sido propostos, como o apresentado na Figura 2.3, adotado pelo texto de referência para a Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais de Saúde, realizada no Rio de Janeiro em 2011 (OMS, 2011). Esse diagrama destaca os determinantes estruturais das desigualdades de saúde e os determinantes intermediários da saúde. Entre os primeiros encontram-se a posição socioeconômica (classe social, gênero, etnia, educação, renda e ocupação) e o contexto socioeconômico e político. No caso dos determinantes intermediários, destacam-se o capital social e o sistema de saúde. Ainda que não haja uma preocupação fundamental em conceituar saúde nessa proposta, constata-se um esforço no sentido de indicar possíveis relações entre determinantes sociais capazes de ter impacto sobre a equidade em saúde e o bem-estar.

SAÚDE COMO MEDIDA

Neste tópico, vamos discutir limites e possibilidades

clínicas. Em segundo lugar, vamos avaliar uma das vertentes de quantificação da saúde na sociedade de maior expressão atualmente, a epidemiologia, para estimar probabilidades condicionais de ocorrência, não de doenças, mas de saúde. Em terceiro lugar, também no plano agregado ou coletivo, pretendemos introduzir o leitor a abordagens econométricas da saúde, analisando impasses e desdobramentos de propostas de análise quantitativa da situação de saúde como se fosse um recurso econômico das sociedades modernas.

Inicialmente, analisemos a questão da saúde como medida no plano individual ou singular que, no que concerne aos temas da pesquisa sobre saúde-doença, tem sido convencionalmente objeto da clínica. Partamos do princípio de que saúde pode ser tomada como atributo individual de seres humanos e, como tal, encontra-se vulnerável a processos de mensuração.

Com vistas a uma formalização preliminar da saúde nesse nível, devemos considerar as seguintes proposições:

- Nem todos os sujeitos sadios acham-se isentos de doença.
- Nem todos os isentos de doença são sadios.

Sabemos que indivíduos funcionais produtivos po-

de tratamento quantitativo dos fenômenos da saúde no plano individual e singular que, em nossa cultura científica, praticamente tem sido monopólio de abordagens

dem ser portadores de doenças, mostrando-se muitas vezes profusamente sintomáticos ou portadores de sequelas e incapacidades parciais. Outros sujeitos apre-

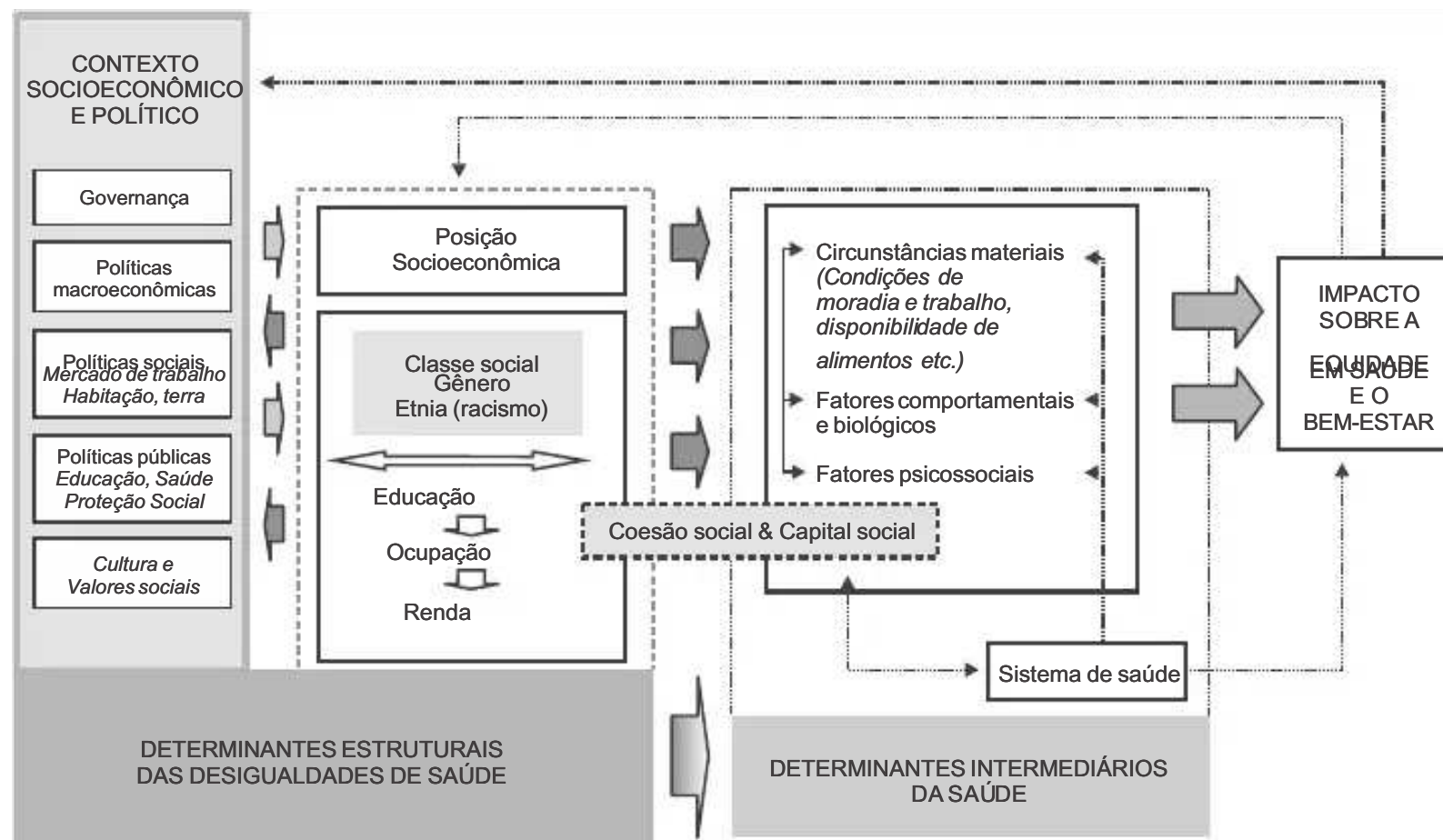


Figura 2.3 ♦ Marco conceitual dos determinantes sociais da saúde (Solar & Irwin, 2010).

sentam limitações, comprometimentos, incapacitações e sofrimentos sem qualquer evidência clínica de doença.

ordem do fenômeno da doença em populações, em última instância mediada pela clínica como definidora da hete-

Além da mera presença ou ausência de patologia ou lesão, precisamos também considerar a questão do grau de severidade das doenças e complicações resultantes, com repercussões sobre a qualidade de vida dos sujeitos.

Estado de saúde individual difere de patologia, fatores de risco ou etiologia, bem como de acesso a serviços de saúde ou intervenções. Estado de saúde é um atributo multidimensional dos seres humanos que pode ser avaliado por um observador que realiza um exame ao longo de várias dimensões, incluindo presença ou ausência de doença, fatores de risco para morte prematura, gravidade da doença, risco de vida e condição física em geral. A avaliação resultante será o estado de saúde individual em uma de duas abordagens: negativamente, pela ausência de doença ou condições de déficit funcional, ou positivamente, pela presença de capacidade funcional ou níveis de desempenho (Almeida-Filho, 2000).

Estados individuais de saúde podem também ser avaliados pedindo-se à pessoa que relate sua percepção de saúde em dimensões diferentes, como desempenho, condição física, mobilidade, bem-estar emocional, hu-

mor, incapacidade, dor ou desconforto. Metodologicamente, isso implica o desenvolvimento de instrumentos que buscam informações sobre os domínios de saúde considerados. Derivadas inicialmente da definição original da OMS, as primeiras tentativas para tratar empiricamente essa questão buscaram a criação de instrumentos capazes de medir a capacidade física e o bem-estar social. No primeiro caso, buscou-se recuperar conceitos de comprometimento, limitação, incapacidade e desvantagem, já revestidos de certa positividade sob a forma de

indicadores de função, habilidade, capacidade e desempenho. No segundo caso, a teoria do capital social passou a ser considerada a base conceitual para a medida da chamada “saúde social” por meio de seus componentes principais: interações interpessoais e participação social.

Em síntese, para medir diretamente o estado ou grau de saúde dos indivíduos, à semelhança dos procedimentos de triagem para diagnóstico da doença, foram desenvolvidos e testados instrumentos padronizados capazes de reconhecer o estado de “completo bem-estar

físico, mental e social”. Esses instrumentos, em alguns casos, são longos e detalhados, especialmente aqueles relacionados com o bem-estar e a qualidade de vida que,

rogeneidade primária do subconjunto (doentes). Ora, se a clínica desenvolve-se como saber justificado pela noção de patologia, incapaz de reconhecer positivamente a presença ou ocorrência da saúde nos sujeitos individuais, pouco poderá fazer para colaborar na constituição de uma epidemiologia da saúde (Almeida-Filho, 2000).

Como tendência dominante, o máximo de aproximação que a ciência epidemiológica tem se permitido consiste em definir saúde como atributo do grupo de não doentes, entre os expostos e os não expostos a fatores de risco, em uma população definida. Na prática, a maioria dos manuais epidemiológicos é até bem menos sutil, chegando a definir a saúde diretamente como “ausência de doença”. Não obstante as evidências em favor da complexidade das situações de saúde, os estudos epidemiológicos normalmente cobrem doenças específicas, buscando levantar o perfil sociodemográfico dos expostos e dos doentes de uma dada patologia mais do que propriamente descrever o “perfil patológico” (repertório de doenças e de condições relacionadas com a saúde) muito menos o “perfil de saúde” de um dado grupo social.

Em sua prática de produção de informação, a epidemiologia tem instrumentalizado um repertório de “indicadores de saúde” que na verdade se baseia em contagem de doentes (indicadores de morbidade) ou de falecidos (indicadores de mortalidade). Apesar das promessas de uma “epidemiologia da saúde”, dentre os indicadores ditos de saúde, apenas a medida denominada “Esperança de Vida” e seus sucedâneos suportam uma definição não residual de saúde. Mesmo listados nos manuais mais respeitáveis da ciência epidemiológica, trata-se de

indicadores mais demográficos que epidemiológicos, ainda assim também calculados com base em dados de mortalidade. Abordam anos de vida vividos, em geral sem considerar o estado ou nível de saúde desses anos ou, para incluir um termo em moda atualmente, sem nada referir sobre a qualidade de vida dos sujeitos.

Não obstante, técnicas de avaliação da saúde individual podem ser empregadas como fontes de dados para mensuração de níveis coletivos de saúde tomados como somatório de estados individuais de saúde. Propõe-se en-

tão, nesse caso, incluir entre as estratégias da epidemiologia a contagem de indivíduos sadios, para isso desenvolvendo ou adaptando tecnologias pertinentes, no sen-

apesar da extensão, muitas vezes refletem apenas uma dimensão da vida do sujeito.

O aporte clínico contribui para a abordagem epidemiológica com critérios e operações de identificação de caso, determinando quem é e quem não é portador de uma dada patologia ou espécime de certa condição na amostra ou na população estudada. Por esse motivo, o conceito de risco constitui uma aproximação de segunda

tido analisado na seção anterior. Disso poderá resultar a derivação de indicadores de “salubridade”, equivalentes aos clássicos indicadores de morbidade. Nesse caso, contar-se-iam sadios para o cálculo de um certo risco de saúde, do mesmo modo como se computam doentes ou óbitos para a produção de indicadores de risco de doenças ou de mortalidade. Essa estratégia efetivamente não tem sido enfatizada no campo da investigação epidemio-

lógica, limitando-se a poucas avaliações de inquéritos domiciliares locais ou nacionais (Almeida-Filho, 2000a).

Na década de 1980, no contexto de avaliação do impacto de sistemas nacionais de saúde, especialmente em países europeus, ganhou relativa proeminência o conceito de “qualidade de vida relativa à saúde”. Qualidade de vida implica abordagem do curso de vida, de acordo com episódios que podem afetá-lo, incluindo deficiências, atividades, participação social, influenciados pela saúde-doença ou estado funcional. Instrumentos para medir qualidade de vida relativa à saúde podem ser genéricos (perfil de saúde e índices de saúde) ou específicos (qualidade de vida em determinadas condições, populações ou ciclos de vida). Juntos, esses indicadores contribuem para construtos específicos, com medição de dimensões ou domínios constituintes de saúde que incluem, entre outros, capacidade física, funcionalidade, satisfação e percepção de bem-estar e papel social

(Almeida-Filho, 2000a).

Embora seja teoricamente atraente argumentar que a medida da saúde deve consistir na combinação de todos os componentes de um instrumento mais impressões subjetivas do indivíduo, na prática as principais dimensões/domínios dos instrumentos para medir a saúde indivi-

terminologia recente, porém consagrada, “carga global das doenças”. Ou seja, propõe-se o desenvolvimento de medidas do “capital sanitário” ou do “*burden of disease*” de populações ou sociedades. Em outras palavras, trata-se de aprimorar nossa capacidade de estimar medidas do grau de “morbidade negativa” ou de mensurar saúde como um análogo econométrico.

Nesse sentido, pesquisas na economia da saúde têm contribuído para uma concepção coletiva de saúde, em uma aproximação instrumental ao tema da mensuração. Dois indicadores de carga de doença ganharam mais destaque recentemente: anos de vida ajustados por qualidade de vida (QALY) e anos de vida ajustados por incapacidades (DALY). Ambas as abordagens utilizam anos vividos com qualidade de vida ou sem incapacidade (que é um índice grosseiro de saúde) para avaliar o impacto social de patologias e das tecnologias destinadas a sua prevenção, controle ou erradicação. Essas abordagens

tomam renda, produção, consumo e outros indicadores econômicos como o parâmetro principal (e talvez ideal) para medidas de desigualdade na sociedade (Almeida-Filho, 2009). Disso deriva, de modo mais evidente, o desdobramento de duas falácias:

domínios dos instrumentos para medir a saúde individual referem-se a variáveis comportamentais. Normalmente, essas avaliações são feitas com base em presença-ausência de deficiências nessas dimensões (e em suas subdimensões). No final é atribuída uma pontuação (es-

core, grau, escala, nível) ou estado (conceito, descrição, classe) de acordo com os pressupostos de cada instrumento; portanto, os sujeitos são classificados como mais ou menos comprometidos (ou “doentes”) e, por negação, mais ou menos saudáveis. Como exemplo, temos o conceito de *saúde autorreferida* (SAR), que compreende um construto complexo que incorpora diversos aspectos da saúde física e outras peculiaridades individuais e sociais que resultam em um indicador da percepção subjetiva de bem-estar e salubridade (Babones, 2009).

Enfim, para a estimativa de indicadores de níveis coletivos de saúde, será imperativo superar uma limitação primordial da abordagem epidemiológica, originalmente restrita à avaliação dos riscos de doença ou agravos. Isso implica duas estratégias distintas. No primeiro caso, isso significa tratamento simétrico ao problema geral da identificação de casos de doença na pesquisa epidemiológica convencional, com a ressalva de que sinais e sintomas de “saúde” não podem, nesse caso, expressar mera ausência de doença. Trata-se evidentemente de desenvolver métodos e técnicas capazes de avaliar positivamente os níveis de salubridade em uma dada população.

No segundo caso, deve-se desenvolver ou aperfeiçoar metodologias e tecnologias para abordar a saúde enquanto inverso da morbidade, entendida como “volumetria populacional de patologia” ou, para usar uma

a. **Falácia econocêntrica:** implica supor que a esfera da economia pode ser tomada como referência dominante da sociedade e que, portanto, dispositivos de explicação da dinâmica econômica das sociedades seriam

adequados para compreender processos e objetos de conhecimento sobre a saúde e a vida social. Mesmo que essa posição possa ser relativamente adequada para economias de mercado industriais (aquelas do mítico pleno-emprego, antes das crises), renda não parece representar medida válida e plena de acesso ao bem-estar social e aos recursos de vida (saúde incluída) em países pobres. Mediante estruturas e dinâmicas próprias, além da concentração de riqueza, outras desigualdades além do ranqueamento social

encontram-se ativas em sociedades flageladas pela pobreza, desemprego e exclusão social.

b. **Falácia econométrica:** implica considerar que processos de produção de saúde, de relações sociais e de mercadorias são relativamente isonômicos e que, portanto, metodologias econométricas seriam adequadas para apreender variações e disparidades em determinantes e efeitos sobre a saúde na sociedade. Embora abordagens dimensionais possam ser válidas para produtos e outros recursos do mercado, os fenômenos da saúde-doença-cuidado têm atributos e propriedades de realização e distribuição totalmente diferentes (e não redutíveis à) da renda.

A refutação de ambas as falácias baseia-se na constatação, quase trivial, de que saúde não pode ser linear-

ser redistribuída do mesmo modo que a renda (Almeida-Filho, 2009).

Não obstante a existência de importantes limitações de medidas quantitativas de saúde, é inegável sua contribuição ao estudo das condições de saúde e seus determinantes sociais, políticos e econômicos. Abordagens econométricas da saúde, interessantes sem dúvida, revelam-se potencialmente úteis para os objetivos primários de incorporar rigor e sofisticação às análises de custo-efetividade. Além disso, sua concepção propiciou importante desenvolvimento na teoria da mensuração em saúde, considerando as possibilidades de seu emprego para

medidas positivas e negativas, como capacidade vital e qualidade de vida, possibilitando comparação e avaliação do valor diferencial de procedimentos restauradores ou promotores de saúde.

Recorrendo a Canguilhem (1990, 2006), devemos admitir que o oposto da patologia é a normalidade, de modo algum a saúde. Em uma perspectiva lógica rigorosa, portanto, o oposto simétrico da doença não seria saúde e, por isso, estado de saúde não implicaria “ausência de doença”. Estado de saúde individual difere de patolo-

gia, fatores de risco ou etiologia, bem como de acesso a serviços de saúde ou intervenções. Nessa perspectiva, concluímos ser possível identificar sinais e sintomas da “síndrome saúde”, a partir de um construto empírico definido como “estado de saúde”. A questão correlata seria, então, como viabilizar metodologicamente estratégias, técnicas, instrumentos e procedimentos de produção de dados, informação e conhecimento com base na medida da saúde.

Cabe, enfim, demandar das abordagens numéricas (epidemiológica e econométrica) da saúde o que elas têm de melhor a oferecer, principalmente no que se refere ao estudo da situação de saúde, acesso e utilização de serviços e sistemas de saúde, bem como nas áreas de avaliação tecnológica e microeconomia em saúde. Isso significa compreender impasses e aceitar limitações dessas metodologias e de seus instrumentos de mensuração do grau de salubridade (ou saúde coletiva positiva) e da “carga global de saúde” (e não de doença) de uma dada população, respectivamente.

VALORES DA SAÚDE

e muitas vezes perversa dos entes providos de valor na sociedade capitalista. Vida longa e plena, com qualidade e desempenho, produtividade e satisfação, representa o ideal platônico da saúde como valor social e político que, em uma sociedade estruturalmente desigual e injusta, implicaria disparidades de acesso, distribuição e controle de recursos, bens e serviços.

Portanto, a problematização da saúde da maneira aqui proposta pretende reafirmar que os gradientes socialmente perversos reproduzidos em nossas sociedades refletem interações entre diferenças biológicas, distinções sociais, inequidades no plano jurídico-político e

inequidades na esfera ético-moral, tendo sempre como expressão concreta, empiricamente constatável, desigualdades em saúde (Almeida-Filho 2009). Tratar essa questão do ponto de vista da crítica teórica significa um esforço inicial no sentido de conhecer com mais profundidade, para superar com efetividade, raízes, estrutura e efeitos das desigualdades sociais no campo da saúde.

A mais importante matriz teórica sobre o conceito de saúde como valor é sem dúvida a *Teoria da Justiça de John Rawls*, principal marco teórico que tem subsidiado

a produção acadêmica sobre o tema desigualdades em saúde nos países desenvolvidos (Almeida-Filho, 2009). A Teoria da Justiça de Rawls propõe igualdade de oportunidades e também de distribuição de valores, bens e serviços referentes a necessidades básicas socialmente referendadas. Entretanto, a saúde não é listada pelo autor como uma das liberdades básicas. Pelo contrário, Rawls define a saúde como um bem natural na medida em que depende dos recursos (*endowments*) individuais da saúde, ao mesmo tempo que demarca conceitualmente

a justiça (*justice*) como uma categoria institucionalizada de justiça (*fairness*) e utiliza o termo “diferença” (*difference*) para designar soluções normativas que tomam a justiça como distribuição social compensatória de bens e recursos.

De certo modo, a noção rawlsiana de equidade implica um componente estrutural do sistema de valores contratuais da sociedade burguesa, resultando em equivalência entre os conceitos de equidade e justiça e, correlativamente, entre a falta de equidade e a noção de injustiça. Esse padrão mostra-se simétrico e consistente em relação ao modo predominante de definição da saúde como ausência de doença no campo da pesquisa em saú-

Neste tópico, propomos a avaliação das bases lógicas, teóricas e metodológicas da concepção de saúde como valor: valor de uso, valor de troca, valor de vida. Ao indicar essa abordagem, consideramos que conceitos de saúde como valor-em-si, na perspectiva de estado ou situação altamente desejável para o ser humano, têm sido criticados por vários autores por seu caráter idealista ou utópico. Ao atribuir valor à saúde e seus efeitos, defrontamo-

como ausência de doença no campo da pesquisa em saúde individual e coletiva, como vimos acima. Em síntese, equidade = ausência de injustiça; saúde = ausência de doença.

Dando sequência a essa linha de pensamento, vários autores desenvolveram variantes dessa abordagem neoutilitarista ao problema das desigualdades em saúde (Almeida-Filho, 2009). Amartya Sen, Prêmio Nobel de Economia de 1998, como uma alternativa crítica à teoria

rawlsiana de justiça, elabora uma concepção metodológica integrativa das desigualdades, com duplo escopo (objetivo e normativo). Do ponto de vista da desigualdade objetiva, equivalente à variação relativa de valor (monetário ou social) de qualquer bem ou serviço por meio de um dado indicador econômico, a questão da desigualdade entre dois elementos – x e y – implica apenas comparabilidade em escalas cardinais de ordem equivalen-

te. Por outro lado, buscando fundamentar sua proposta teórica, Sen define o bem-estar social como vinculado a padrões de distribuição da riqueza e não como efeito da renda bruta ou riqueza apropriada, introduzindo aí a noção da renda relativa ou renda distribuída. A noção de desigualdade normativa – referente ao conceito de bem-estar social (*social welfare*) – remete portanto à distribuição de um dado valor (renda, mas pode ser saúde) entre dois elementos – x e y – de modo equânime.

No eixo principal de sua obra, mas também em vá-

rios textos secundários específicos, Sen usa inúmeros exemplos do campo da saúde, em dois sentidos. Primeiro, para caracterizar necessidades distintas, propôs considerar linhas de base diferentes para a avaliação das desigualdades e a escolha social de estratégias redistribu-

se refere à situação de saúde, qualidade de vida e sobrevivência posto que, idealmente, todos e todas têm direito a uma justa possibilidade de realizar seu pleno potencial de saúde e que ninguém estará em desvantagem para realizar esse direito, o que compreende uma capacidade coletiva de gerar saúde (Almeida-Filho, 2009).

Apesar da insistente referência a noções positivas de justiça, justiça e escolha social, a problematização teórica

metodológica dos gradientes sociais em saúde prioriza a negação, operando conceitos de desigualdade e diferença em lugar de igualdade e equidade. Tal padrão mostra-se simétrico e consistente em relação ao modo predominante de definição da saúde como ausência de doença no campo da pesquisa em saúde individual e coletiva. Enfim, mediante os termos injustiça e doença, tanto a justiça como a saúde são tratadas como negatividade.

A prolífica literatura sobre determinantes sociais da saúde padece de pobreza teórica na medida em que

raramente se explicitam pressupostos epistemológicos e teorias sociais cruciais para a compreensão do significado dos conceitos relacionados com as diferenças na saúde-doença-cuidado em populações (Almeida-Filho, 2009). Na sociedade contemporânea, estruturas sociais,