

Movimentos no campo social da saúde

Jairnilson Silva Paim

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

PAIM, JS. Movimentos no campo social da saúde. In: *Desafios para a saúde coletiva no século XXI* [online]. Salvador: EDUFBA, 2006, pp. 117-138. ISBN 978-85-232-1177-6. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Movimentos no campo social da saúde¹

Introdução

O presente texto procura apresentar distintos movimentos de idéias que influenciaram o campo social da saúde durante a emergência e o desenvolvimento do capitalismo, central e periférico, a saber: Polícia Médica, Higiene, Medicina Social, Saúde Pública, Medicina Preventiva, Saúde Comunitária, Medicina Familiar, Promoção da Saúde, Saúde Coletiva e Nova Saúde Pública. Neste sentido, apresenta os seguintes objetivos:

- Identificar certos limites dos estudos históricos sobre medicina e saúde pública, quando enfatizam a historicidade dos meios científicos e tecnológicos em detrimento da historicidade dos objetivos e finalidades das práticas de saúde;
- Descrever as características básicas dos movimentos referentes à Polícia Médica, Higiene, Medicina Social, Saúde Pública, Medicina Preventiva, Saúde Comunitária, Medicina Familiar, Promoção da Saúde, Saúde Coletiva e Nova Saúde Pública;
- Comparar essas concepções e práticas de saúde em função dos vetores relativos aos movimentos sociais e ideológicos, à ação política e à produção de conhecimentos;
- Discutir possíveis determinantes e condicionantes da emergência e desenvolvimento desses movimentos;
- Comentar sobre as tendências atuais da Saúde Pública/Saúde Coletiva.

¹ Texto elaborado para a Rede Interamericana de Formação sobre os Determinantes Sociais da Saúde (REDET). Convênio Universidade de Montreal, Quebec, Canadá/ Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, Bahia, Brasil, 2004.

O texto apresenta abordagens históricas no estudo do campo social da saúde, seus limites e possibilidades, explicitando um marco de referência centrado em quatro vetores: a) movimentos ideológicos; b) movimentos sociais; c) ação política; d) produção de conhecimentos. Em seguida, procura descrever as características básicas dos movimentos acima aludidos. Conclui com alguns comentários sobre as tendências atuais da Saúde Pública/Saúde Coletiva e as perspectivas de diálogo acadêmico norte-sul.

Marco de referência teórico

Os estudos históricos sobre Saúde Pública tendem a indicar um conjunto de ações sobre coletivos humanos e sobre o ambiente desde a Antiguidade: banheiros públicos e esgotamentos sanitários em Roma ou cuidados com o corpo e a forma física na Grécia (ROSEN, 1994). Ainda que tenham a importância de sugerir a historicidade das ações de saúde, apresentam o problema de limitar-se à historiografia dos meios, descuidando da historicidade dos objetivos e práticas sociais (DONNÂNGELO, 1976).

Assim, faz-se necessário distinguir a “história das condutas preventivas” ou a “história das medidas coletivas” em relação à História da Saúde Pública e da Saúde Coletiva. Na realidade, desde Hipócrates, as condutas preventivas se confundem com a própria História da Medicina e com as ações coletivas em defesa da saúde e na prevenção e controle de doenças (ROSEN, 1979; 1994).

O marco teórico de referência a orientar o presente texto procura assumir a História não como uma sucessão linear de fatos, datas e nomes de luminares, mas como a superação de modos de produção, como descontinuidades, enfim, como resultado de lutas de classes e de sujeitos sociais com distintos projetos político-ideológicos, em que as personalidades ou atores detêm um espaço de iniciativa, porém são condicionados pelas estruturas e pelas circunstâncias: “A história das ciências é basicamente a história das idéias e [...] estas encontram a sua especificidade na relação que possuem com a estrutura social que as gerou e permitiu o seu aparecimento [cabendo examinar] a construção do conceito em sua dimensão histórica” (AROUCA, 1975, p. 14).

A ênfase nos sujeitos (centralização antropológica) ou nas estruturas (viés estruturalista) tem de algum modo polarizado a abordagem histórica e as correntes das ciências sociais (MINAYO, 2001):

Essa identidade mediada dos contrários desconstrói a subjetividade soberana. Vamos encontrá-la em Marx, na relação entre o caráter reificado (objetal) da relação social (os indivíduos sendo os suportes – *Träger* – da estrutura) e a vontade subjetiva de mudar o mundo. O esquecimento dessa unidade contraditória leva a interpretações unilaterais abstratas, estruturalista-objetivista de uma parte (a eliminação radical do sujeito realiza-se na contemplação das maquinarias estruturais), humanista-voluntarista (reduzindo a crise da humanidade à sua “crise de direção revolucionária”) de outra (BENSAÏD, 1999, p. 376).

Nesta oportunidade, sem desprezar as contribuições dos sujeitos, pretende-se, contextualizar os fatos socialmente produzidos discutindo possíveis determinantes e condicionantes. Assim, poder-se-iam examinar as práticas de saúde, voltadas para o coletivo e o ambiente, em distintos modos de produção tais como o escravismo, o feudalismo, o capitalismo (GARCIA, 1972), ou mesmo, o socialismo.

Admite-se, assim, que os modos pelos quais as sociedades identificam os seus problemas de saúde, buscam a sua explicação e se organizam para enfrentá-los variam historicamente e dependem de determinantes estruturais econômicos, políticos e ideológicos. Assim, o campo da Saúde Pública que se vem desenvolvendo desde a passagem do feudalismo para o capitalismo e, especialmente, a partir da Revolução Industrial, sofre as influências desses determinantes sociais e passa por recomposições em função de novas relações entre a sociedade e o Estado (PAIM, 1992).

A partir desse marco de referência teórica, a Saúde Pública é entendida como uma prática social e, conseqüentemente, não livre das determinações da estrutura social (DONNÂNGELO, 1976), estando submetida à dinâmica interna das relações sociais predominantes num dado contexto, particularmente no que se refere às lutas entre classes e grupos sociais (THERBORN, 1989).

Na passagem do feudalismo para o capitalismo, o campo social da saúde foi atravessado por um conjunto de *movimentos ideológicos e sociais*, além de *ação política e produção de conhecimentos* que constituem vetores para a delimitação do campo da Saúde Pública e da Saúde Coletiva.

Na medida em que as ideologias e as práticas de saúde compõem a estrutura social (estrutura das práticas sociais ou práticas sociais estruturadas), contribuíram com a constituição do capitalismo ao tempo em que participaram da sua expansão e reprodução (DONNÂNGELO, 1976; MENDES-GONÇALVES, 1992).

Para atender aos propósitos que norteiam o presente texto, a Saúde Pública e a Saúde Coletiva serão analisadas a partir de um marco de referência centrado em quatro vetores: a) movimentos ideológicos; b) movimentos sociais; c) ação política; d) produção de conhecimentos.

Movimentos ideológicos podem ser definidos como conjunto de práticas ideológicas relacionadas com a mudança de crenças ou visões de mundo (AROUCA, 2003). Os *movimentos sociais* são constituídos por práticas sociais (econômicas, políticas e ideológicas) voltadas para o enfrentamento de necessidades sociais e para a realização de demandas políticas. Já *ação política* é entendida como intervenção social dirigida para a mobilização de vontades e grupos sociais visando alterar uma correlação de forças e a distribuição do poder. Finalmente, a *produção de conhecimentos* envolve um conjunto de práticas teóricas e científicas voltadas para a identificação, análise, explicação e interpretação de fenômenos e fatos, de acordo com as regras do método científico e com os paradigmas vigentes.

Polícia Médica

A Polícia Médica aparece no nascimento do capitalismo com a expansão do comércio mundial e com o surgimento dos Estados absolutistas europeus, particularmente nos estados germânicos:

O significado social assumido pela medicina com a emergência do capitalismo já se esboça durante o período mercantilista, articulado ao papel que ele desempenha no processo de acumulação de riqueza. Marcando a etapa de transição do modo feudal ao modo capitalista de produção, o mercantilismo como doutrina e forma de organização social a um só tempo econômica e política, implica o recurso a diferentes meios de acumulação pelas sociedades européias: o sistema colonial, o regime de dívidas públicas, os esquemas de tributação, o controle sobre a atividade produtora interna (DONNÂNGELO, 1976, p. 48).

A sua sistematização pode ser localizada na obra de Johan Peter Frank na segunda metade do século XVIII. Entendia-se a saúde do povo como riqueza e força da nação, cabendo ao Estado protegê-la (ROSEN, 1979). Abre espaço para uma intensa intervenção do Estado e de governos sobre os problemas de saúde, configurando aquilo que Foucault (1993) chamava Medicina de Estado:

“Enunciada por Thomas Rau em 1764 e desenvolvida basicamente por Johan Peter Frank, a noção de ‘polícia médica’ comporta, entre outros, os seguintes princípios: os médicos são responsáveis não apenas pelo tratamen-

to dos doentes, mas também pelo controle e manutenção da saúde da população; esse controle deve atingir todos os aspectos da vida dos indivíduos. Para tanto, é necessário: restringir o exercício da medicina a pessoal médico competente, produto de uma educação regular e eficiente; supervisionar o funcionamento dos hospitais; promover a educação do povo em matéria de saúde” (DONNÂNGELO, 1976, p. 50-1).

Assim, a proposição de uma Política (ou Polícia) Médica reconhece a responsabilidade do Estado como definidor de políticas, leis e regulamentos referentes à saúde no coletivo e como agente fiscalizador da sua aplicação, articulando as práticas de saúde à superestrutura jurídico-política da sociedade.

Higiene

A Higiene, impregnada das idéias de Rousseau e de certos ideais da Revolução Francesa, sobretudo no que se refere ao papel da educação, vinculava-se às doutrinas liberais, segundo as quais caberia aos indivíduos a responsabilidade com a saúde. Era constituída por conjunto de regras, normas, prescrições preventivas, recomendações, medidas etc. para conservar a saúde e a vida (a arte de bem viver), a partir do comedimento e da restrição aos excessos e vícios.

A Higiene coincide com a ascensão da burguesia no controle do poder político, enquanto classe que buscava a hegemonia dentro da sociedade. Nesse sentido, “ocupou um lugar na sociedade civil, enquanto sistema de normas que controlavam a saúde individual, e um lugar no Estado, enquanto normas coletivas de vida” (AROUCA, 1975, p. 116).

Sanitarismo

Este movimento tem como marcos o Relatório Chadwick, na Inglaterra, e o Relatório Shattuck nos EUA. Os reformadores sociais de então propunham uma legislação sanitária e o saneamento do meio. Embora surgido em sociedades capitalistas com predomínio do liberalismo econômico e político, defendia a intervenção do Estado nos problemas de saúde que os indivíduos e a iniciativa privada não fossem capazes de resolver. Assim, a Saúde Pública, nesse contexto, propunha medidas específicas de controle de doenças mediante instrumentalização do conhecimento produzido pela nascente epidemiologia e posteriormente pela “revolução” microbiana.

O sanitarismo passa a ter bases de produção e de reprodução acadêmica na Europa a partir da criação das escolas de Liverpool e de Londres (*London School of Hygiene and Tropical Medicine*) ao final do século XIX. A LSHTP, embora inaugurada em 1899, instala-se integralmente em 1924, sob a liderança de Manson e com o apoio da Fundação Rockefeller. Esta Fundação americana apoiou, também, a criação de escolas de Saúde Pública nos Estados Unidos, a partir de propostas provenientes das universidades de Harvard, Columbia e John Hopkins (PAIM, 2001).

A proposta da Harvard, liderada por Rosenau, professor de medicina preventiva, assentava-se em um programa de agentes de saúde junto ao MIT com ênfase na engenharia sanitária, na higiene industrial, na redução da mortalidade infantil e na promoção da saúde escolar.

A proposta da Columbia, sob a liderança de Seligman, professor de ciência política, destacava a importância das ciências sociais e da economia política sobre aspectos médico-sanitários.

Já a proposta da Johns Hopkins, desenvolvida por Welch, professor de patologia, centrava-se no enfoque biomédico orientado para pesquisa científica, com ênfase em estatística, epidemiologia, bacteriologia e relação com o Hospital-escola.

Abraham Flexner que em 1911 produziu o famoso Relatório Flexner, reorientando a educação médica e firmando as bases do modelo médico hegemônico (MMH) no mundo ocidental (PAIM, 2002), foi indicado em 1916 para decidir qual das propostas deveria ser apoiada pela Fundação Rockefeller. A escolhida foi a da Johns Hopkins, na qual a escola de Saúde Pública submetia-se ao modelo médico hegemônico em construção, vinculando-se à escola médica (FEE, 1987). A escola da Johns Hopkins, por sua vez, serviu de protótipo para institutos ou escolas de Higiene ou Saúde Pública da América Latina inaugurados na década seguinte, além de formar gerações de sanitaristas latinoamericanos ao longo do século 20.

Medicina Social

Esta expressão atribuída a Jules Guérin, na França, dissemina-se junto às lutas sociais desse país e depois na Alemanha, com as contribuições de Rudolf Virchow e Salomon Neumann. Desenvolvia uma reflexão sobre o caráter social das doenças e da prática médica, construindo um vínculo com os movimentos sociais existentes naqueles países. Apresentava os

seguintes princípios básicos: *a saúde do povo é um objeto de inequívoca responsabilidade social; condições econômicas e sociais devem ser submetidas à investigação científica; medidas para promover a saúde e combater a doença devem ser sociais e médicas* (ROSEN, 1979). Procurava participar da reforma geral das instituições destinada a instaurar uma nova sociedade (DONNÂNGELO, 1976).

Coube a Juan Cesar Garcia, responsável pelo programa de recursos humanos da OPS, recuperar, na passagem da década de 1960 para 1970, as contribuições desse movimento junto às lutas sociais da França (1848) e da Alemanha (1871) e estimular o confronto entre seus princípios e proposições com aqueles difundidos pela Medicina Preventiva e pela Saúde Comunitária (GARCIA, 1972; 1985).

O aparecimento desses cursos de pós-graduação inovadores no México e no Brasil parece oferecer condições “para que se desse legitimidade a Medicina Social como um campo disciplinar” a partir de uma longa tentativa de separação entre a medicina preventiva e social e saúde pública e Medicina social” (GARCIA, 1985). Assim, a criação desses cursos de pós-graduação em Medicina Social, no nível de mestrado, em Xochimilco (México) e no Rio de Janeiro (Brasil), com o apoio da OPS (GARCIA, 1985), e a produção científica desses centros e daqueles que se reorganizaram (PAIM, 2002), possibilitaram o desenvolvimento da Medicina Social Latinoamericana na década de 1970 (WAITZKIN et al, 2001a; 2001b), posteriormente conhecida como Saúde Coletiva.

Medicina Preventiva

Enquanto movimento ideológico, a Medicina Preventiva procura distinguir-se da Higiene e da Saúde Pública. Diferencia-se, também, da Medicina Social nos campos conceitual e histórico. No início do século XX era reconhecida como uma parte da Higiene, mas posteriormente se transforma num movimento de idéias que emerge nos países centrais e se difunde para os dependentes. Segundo Arouca (2003), utiliza como conceitos básicos o processo saúde/doença, modelo da história natural das doenças (HND) e multicausalidade. Adota, também, conceitos *estratégicos* tais como integração, resistência, inculcação e mudança. Ao ser introduzida nas escolas médicas através da criação de núcleos ou departamentos de Medicina Preventiva reproduz um discurso apologético, crítico e/ou tecnocrático (PAIM, 1986), buscando transformar estudantes de medicina em agentes de mudança (AROUCA, 2003).

A Medicina Preventiva constituía um novo fenômeno no campo conceitual da área médica mediante a evolução da higiene privada. Articulava um conjunto de medidas de prevenção que resultariam em condutas que preencheriam uma atitude ausente da prática médica, ou seja, a atitude preventiva e social. Como se fora um “partido da nova atitude” (integral, preventiva e social), a Medicina Preventiva tornou-se um “centro polarizador de disciplinas não tradicionais dentro da escola médica” (AROUCA, 1975, p. 17-22). Nela, a cultura higiênica (universal) é apropriada pela profissão médica, procurando normatizar os médicos (estudantes, professores e escola de medicina) tal como a Higiene normatizava a vida das pessoas nos interstícios configurados entre a saúde pública e a medicina.

Na realidade, tratava-se, desde a sua emergência nos Estados Unidos, de uma conciliação entre a categoria médica, em sua organização privada, e o Estado (AROUCA, 1975, p. 102) como uma alternativa à proposta de participação estatal na atenção à saúde, representando uma “leitura liberal e civil dos problemas de saúde” da sociedade americana (AROUCA, 1975, p. 3-4). A constituição desse discurso preventivista descende da Higiene construída no século XIX com o desenvolvimento do capitalismo e da disseminação da ideologia liberal, mas encontra a sua difusão diante da crise de custos da atenção médica nos EUA nas décadas de 1930 e de 1940, quando em muitos países surgia o Estado interventor na passagem da fase concorrencial para a monopolista do capitalismo.

Num contexto que possibilitava a crítica à medicina liberal, a Medicina Preventiva apontava para a possibilidade da redefinição das responsabilidades médicas através de mudanças na educação médica. Este movimento ideológico, nascido nos EUA, difunde-se nos países centrais através dos Seminários de Nancy (1950) e Colorado Springs (1953), chegando à América Latina mediante os Seminários de Viña del Mar (1955) e Tehuacan (1956), apoiados pela OPS e por fundações americanas (AROUCA, 2003).

Medicina/Saúde Comunitária

Este movimento ideológico é, também, originário dos Estados Unidos na década de 1960 como resposta às tensões sociais geradas pelos movimentos dos direitos civis e contra a segregação racial, compondo posteriormente certas políticas de combate à pobreza dos governos Kennedy e Johnson (PAIM, 1986).

No âmbito acadêmico, tratava-se de uma tentativa de operacionalização da “filosofia” ou do discurso da Medicina Preventiva, enquanto campo de demonstração. Estimulava práticas externas às unidades de saúde (ações extra-muros) e a articulação da medicina privada com a Saúde Pública. Adotava os conceitos básicos desenvolvidos pela Medicina Preventiva, acrescentando outros conceitos estratégicos tais como integração docente assistencial, participação da comunidade e regionalização.

O desenvolvimento da Saúde Comunitária exibe em alguns países um *momento focal*, quando restringe-se a atividades experimentais vinculadas ao Centro de Saúde-Escola e um *momento expansionista* quando se apresenta como atenção primária à saúde (APS) e serve de referência para a formulação e implementação de programas de expansão de cobertura de serviços de saúde (PECs) voltados para populações rurais e os pobres das periferias urbanas (PAIM, 1986).

Nos Estados Unidos, o fracasso do movimento da Saúde Comunitária é reconhecido por Desrosiers (1996) ao comentar que, dado “o caráter parcial e muitas vezes temporário das experiências de medicina ou saúde comunitária, restou somente a expressão [...] no lugar da saúde pública tradicional”.

Medicina de Família

Este movimento ideológico tem origem nos EUA especialmente quando a Associação Médica Americana (AMA) passa a reconhecer programas de residência nessa “especialidade” em 1966 (CEITLIN, 1982). Países como Canadá e México criam programas semelhantes na década de 1970, enquanto Cuba, na década seguinte, adota tal proposta como forma de avançar a atenção primária à saúde (PAIM, 1986). A medicina familiar foi reconhecida como o movimento dos cuidados primários à saúde sob a ótica dos países industrializados (CHAVES, 1982).

Na sua origem, tratava-se de mais uma tentativa de recomposição da prática médica liberal voltada para indivíduos e núcleos familiares contra os altos custos e o “especialismo” médico e uma busca de recuperação da humanização da medicina. No Canadá este movimento aproveitou-se da conjuntura de mudança do sistema de saúde tendo como marco o Relatório Lalonde (TERRIS, 1990), enquanto no México buscava capacitar médicos para os serviços de saúde do Instituto Mexicano de Seguridade Social (IMSS).

No Brasil houve tentativas de promover tal movimento em 1973 e 1978 através de seminários com o apoio da Fundação Kellogg e, no início da década de 1980, a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) possibilitou a sua institucionalização através da regulamentação dos chamados Programas de Residência em Medicina Geral e Comunitária (PAIM, 1986).

Para além de noções como humanização, qualidade e eficiência, a medicina familiar apresenta-se conceitualmente pobre diante das formulações da Medicina Preventiva e da Medicina Comunitária que lhes antecederam.

A “velha” e a Nova Saúde Pública

Ao se examinar os antecedentes do campo da Saúde Pública podem ser identificados os quatro vetores anteriormente definidos. Assim, a Saúde Pública sofreu as influências dos *movimentos ideológicos* que constituíram a Polícia Médica, a Higiene e a Medicina Social. Do mesmo modo, os *movimentos sociais* que compuseram a Medicina Social na França e na Alemanha no século XIX e resultaram no Relatório Beveridge e nas propostas de “socialização da medicina” no século XX também representam antecedentes do campo da Saúde Pública. Como ilustração do vetor *ação política*: podem ser mencionados a Polícia Médica, o sanitarismo expresso no Relatório Chadwick e no Relatório Shattuck, a organização de agências de Saúde Pública, a criação da Oficina Sanitária Pan-americana, de Ministérios da Saúde, de campanhas sanitárias e de Escolas de Saúde Pública, via Fundação Rockefeller e Departamento de Estado (GARCIA, 1981a: 1981b), além da instalação da OMS/OPS.

E quanto ao vetor da *produção de conhecimentos* pode ser exemplificado com os clássicos estudos de Engels, Snow, Villermé, Virchow, Farr, Goldberger, Grotjahn, Sigerist, entre outros (ROSEN, 1979; 1994).

Esta Saúde Pública que se constrói nos países desenvolvidos ao longo do século XX é caudatária do liberalismo econômico para o qual a ação estatal teria um caráter supletivo para aquilo (e somente aquilo) que o indivíduo e a iniciativa privada não fossem capazes de fazer. Assim, reserva as ações sanitárias consideradas de abrangência coletiva para a órbita do Estado, enquanto as dirigidas para os indivíduos deveriam ser exercidas pela medicina privada (PAIM, 1992).

Este modelo institucionalizado de Saúde Pública em que ela se torna subordinada ao modelo médico hegemônico, entra em crise e novas idéias surgem para o seu fortalecimento (*Institute of Medicine*, 1988; OPS/OMS, 1992; 1993).

As concepções e propostas apresentadas para a Saúde Pública americana pelo relatório da “Comissão para o Estudo do Futuro da Saúde Pública” (*Institute of Medicine*, 1988) parecem ratificar a dicotomia entre Saúde Pública e assistência médica. A questão política, aparentemente externa e prejudicial à prática da Saúde Pública, seria enfrentada basicamente através da formação de lideranças, capacitação gerencial, definição de níveis de responsabilidade, e da criação de conselhos de saúde, no âmbito estadual, e de saúde pública, no nível local. Tais encaminhamentos, entretanto, são muito tímidos diante da crise da Saúde Pública documentada no relatório.

Nesse processo, propõe-se uma *Nova Saúde Pública* enquanto Terris (1992) procura atualizar a clássica definição de Winslow na década de 1920 para a Saúde Pública:

a arte e a ciência de prevenir a doença e a incapacidade, prolongar a vida e promover a saúde física e mental mediante os esforços organizados da comunidade para o saneamento do meio, o controle de doenças (infecciosas e não infecciosas) e os acidentes, a educação do indivíduo nos princípios de higiene pessoal, a organização dos serviços para o diagnóstico, tratamento e reabilitação, e o desenvolvimento do ‘maquinário social’ que assegure a cada indivíduo na comunidade um nível de vida adequado para a manutenção da saúde (TERRIS, 1992, p.187-188).

Assim, estabelece 4 tarefas básicas para a teoria e a prática da nova Saúde Pública: prevenção das doenças não infecciosas; prevenção das doenças infecciosas; promoção da saúde; melhoria da atenção médica e da reabilitação.

Frenk (1992) identifica a Nova Saúde Pública como condições e respostas assentadas nas bases científicas das ciências biológicas, sociais e comportamentais tendo como áreas de aplicação populações, problemas e programas. Como sói acontecer em tais contextos, outros desafios têm sido colocados para esse movimento ideológico:

- a) Aliança com os provedores de serviços para alcançar cuidados de saúde mais integrais e centrados nas necessidades e demandas das pessoas;
- b) Desenvolvimento de técnicas de avaliação e monitorização das necessidades e demandas da população, de equidade no acesso aos cuidados de saúde (especialmente preventivos);
- c) Produção de informação acerca de “práticas de excelência” para permitir a contratação de serviços “baseada em evidência”;

d) Facilitar informação aos cidadãos que lhes permita a maior autonomia pessoal no cuidado de sua saúde. (MUÑOZ, 1998).²

Enquanto a onda neoliberal era veiculada por organismos financeiros internacionais e imposta aos países dependentes, via política de ajuste macroeconômico e Reforma do Estado, a OPS apoiava debates sobre a teoria e a prática as Saúde Pública (OPS/OMS, 1993) e a OMS promovia discussões sobre a Nova Saúde Pública organizando um conjunto de seminários e reuniões na perspectiva da renovação da proposta de Saúde para Todos (WHO, 1995), resultando, posteriormente, no movimento das *Funções Essenciais de Saúde Pública* (PAIM, 2001).

Saúde Coletiva

A Saúde Coletiva latino-americana foi composta a partir da crítica à Medicina Preventiva, à Medicina Comunitária, à Medicina da Família, além de ser fertilizada pela Medicina Social do século XIX e pela saúde pública institucionalizada, seja nos serviços de saúde, seja na academia. Envolve um conjunto articulado de práticas técnicas, ideológicas, políticas e econômicas desenvolvidas no âmbito acadêmico, nas organizações de saúde e em instituições de pesquisa vinculadas a diferentes correntes do pensamento resultantes de projetos de reforma em saúde.

No caso brasileiro, esse movimento aproxima-se da proposta de democratização da saúde constituindo um subconjunto do “movimento sanitário”. Este de caráter mais amplo inclui além de atores institucionais, sindicatos, entidades de saúde, organizações populares, grupos religiosos, partidos políticos etc. A Saúde Coletiva, enquanto movimento, tem tido no Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e na Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) seus principais sujeitos coletivos (PAIM, 1992).

Tem sido reconhecida como um campo científico em constituição na América Latina a partir dos anos 1970, progressivamente multi/inter/transdisciplinar. Assenta-se em um tripé de eixos disciplinares: epidemiologia, ciências sociais e planificação e gestão em saúde mantendo conexões com *disciplinas auxiliares* (ciências biológicas, estatística, demografia, geografia, clínica, genética, direito, comunicação etc.).

128 Trata-se de um *campo de saber, âmbito de práticas e área de atuação profissional* cujo marco conceitual inicial buscava a recuperação dos princípios

da Medicina Social, ao tempo em que produzia conhecimentos críticos que embasavam movimentos sociais e lutas políticas pela democratização da saúde e da sociedade (DONNÂNGELO, 1983; FLEURY, 1985; ALMEIDA-FILHO & PAIM, 1999).

O desenvolvimento do campo da Saúde Coletiva pode ser sistematizado a partir dos quatro vetores antes utilizados em relação à Saúde Pública.

Assim, no que diz respeito aos *movimentos ideológicos* recorreu ao diálogo e à crítica em relação ao preventivismo, à Medicina Social, à Saúde Comunitária, à Medicina de Família, e, presentemente, em relação aos movimentos da Promoção da Saúde, da Nova Saúde Pública e seus desdobramentos, via *Funções Especiais de Saúde Pública (FESP)*, apoiados pela OMS/OPS.

A Saúde Coletiva tem-se articulado aos *movimentos sociais* a exemplo da democratização da saúde que no Brasil passou a ser conhecido como “movimento sanitário”, sujeito coletivo do Projeto da Reforma Sanitária Brasileira.

No que tange ao vetor da *ação política*, a Saúde Coletiva esteve associada à formulação e implementação do Projeto da Reforma Sanitária Brasileira no processo Constituinte (1987-1988), na elaboração da Lei Orgânica da Saúde e na implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) durante a década de 1990. Experiências de países como Argentina, México, Brasil, Colômbia, Equador e Venezuela, apontam para a confluência de iniciativas entre intelectuais e os trabalhadores, enquanto força social e política, em movimentos de massa “que resultaram em lutas específicas e propostas gerais sobre saúde” (LAURELL, 1985).

Quanto ao vetor da *produção de conhecimentos*, tem propiciado uma reflexão teórico-epistemológica sobre o campo e suas disciplinas nucleares, a investigação científica e o desenvolvimento conceitual e tecnológico. Os estudos críticos realizados a partir dos anos 1970 permitiram a conformação de uma corrente teórica - a Epidemiologia Social que estimulou novas investigações sobre doenças na sociedade de (LAURELL, 1985; BREILH & GRANDA, 1985) recolocando questões para a política e a planificação em saúde bem como para o desenvolvimento das ações sanitárias. Ao retomar a categoria trabalho como elemento central para o estudo da saúde, forneceram indicações relevantes tanto para a análise da produção e da distribuição das doenças na sociedade - processo de produção e reprodução social, (BREILH, 1990) quanto para o estudo do processo de trabalho em saúde (DONNÂNGELO, 1983; PAIM, 1992)

Ao analisar as relações entre saúde e estrutura social, muitos desses estudos têm utilizado como referência central o conceito de *prática*. Isto significa **129**

considerar os seus momentos constitutivos – objeto de trabalho, meios de trabalho e o trabalho propriamente dito (atividade humana), bem com as relações sociais.

Portanto, na América Latina, a designação Saúde Coletiva adquire, desde a década de 1970 uma conotação mais abrangente que a Saúde Pública. Inspirou-se na Medicina Social, ou seja, “uma corrente de pensamento que apareceu originalmente como contestação crítica ao pensamento da saúde pública dominante” (GARCIA, 1985), porém teve o seu desenvolvimento especialmente a partir das contribuições das ciências sociais em saúde (PAIM & ALMEIDA FILHO, 2000).

Movimentos Ideológicos Contemporâneos

A Saúde Coletiva e a Saúde Pública, presentemente, encontram-se sob a influência de três movimentos ideológicos a exigir reflexão teórica e investigação sobre a sua emergência e desenvolvimento, a saber: A Nova Saúde Pública (já referida), a Promoção da Saúde e as *Funções Essenciais de Saúde Pública* (FESP).

No caso da *Promoção da Saúde*, aparece inicialmente como uma *idéia* relativa a uma das tarefas da medicina e da saúde pública presente em Virchow, Winslow e Sigerist (BUSS, 2003) ou um dos níveis de prevenção de acordo com o modelo da História Natural das Doenças proposto por Leavell-Clark (TEIXEIRA, 2002). Dessa *idéia* aparece a formulação de uma *proposta* tal como configurada na Carta de Otawa, em 1986 que se desdobra em um *movimento ideológico* mediante Conferências Internacionais, publicações, reuniões, formação de ideólogos, difusores etc. Este movimento em diferentes países tem buscado a formulação de *políticas* e a sua institucionalização, buscando desenvolver *práticas* mediante a reorganização de processos de trabalho em saúde, reflexão teórica e estratégias de avaliação.

A Promoção da Saúde e a Nova Saúde Pública, ao sensibilizarem organismos internacionais como a OMS/OPS, desdobram-se em outros movimentos como o das *Funções Essenciais de Saúde Pública* (FESP) definidas para orientar Ministérios da Saúde às voltas com processos de Reforma do Estado (PAIM, 2001). Entre tais funções destacam-se:

- a) Incentivo à promoção da saúde;
- b) Promoção do respeito à vida e à participação;

- c) Democratização do acesso e uso da informação em saúde;
- d) Garantir acesso universal a serviços integrais;
- e) Regulação da produção e comercialização de bens e serviços vinculados à saúde;
- f) Garantir equidade, eficácia e idoneidade de intervenções em saúde;
- g) Proteger a população frente a epidemias e catástrofes;
- h) Garantir segurança dos insumos.

Em 2000, a OPS, durante a XIX Conferência da ALAESP, realizada em Havana (OPS/OMS/ALAESP, 2001), apresentou uma definição *preliminar* de funções e indicadores (Center for Disease Control and Prevention. Centro Latino Americano de Investigación en Sistemas de Salud. Pan American Health Organization/World Health Organization, s/d), desdobrando e resignificando as FESP em que se destacam:

- a) Monitoramento e análise da situação de saúde da população;
- b) Vigilância epidemiológica, investigação e controle de danos e riscos;
- c) Promoção da saúde;
- d) Participação social e reforço do poder [*empowerment*] dos cidadãos em saúde;
- e) Desenvolvimento de políticas e planos de saúde;
- f) Regulação e fiscalização;
- g) Avaliação e promoção do acesso aos serviços de saúde;
- h) Desenvolvimento de recursos humanos e capacitação em saúde pública;
- i) Avaliação de tecnologias sanitárias e garantia da qualidade dos serviços de saúde individuais e coletivos;
- j) Investigação de novas tecnologias e soluções inovadoras em saúde pública;
- k) Gestão em saúde pública;
- l) Ação frente à situação de emergência e controle de desastres.

No que tange ao *Monitoramento e análise da situação de saúde da população* o documento propunha: Guias de monitoramento do estado de saúde; Avaliação da qualidade da informação; Apoio especializado e recursos para o monitoramento do estado de saúde; Suporte tecnológico para decisões em Saúde Pública; Assistência (cooperação) técnica aos níveis subnacionais de saúde.

Com relação à *Vigilância epidemiológica, investigação e controle de danos e riscos*, recomendava: Sistema de vigilância epidemiológica para identificar ameaças à Saúde Pública; Capacidades e destrezas epidemiológicas; Capacidade dos laboratórios de Saúde Pública; Presteza para a resposta efetiva dirigida ao controle de danos ao meio ambiente e à Saúde Pública; Assistência técnica e apoio aos níveis subnacionais de Saúde Pública.

Quanto à *Promoção da saúde*, sugeria: Construção de legitimidade da autoridade sanitária nacional e de alianças para a promoção da saúde; Planificação e coordenação nacional das estratégias de informação, educação e promoção da saúde; Apoio às atividades comunitárias de promoção da saúde; Assistência técnica aos níveis subnacionais;

No que diz respeito à *Participação social e reforço do poder [empowerment] dos cidadãos em saúde*, ressaltava: Fortalecimento do poder dos cidadãos e a participação social em saúde; Experiência e capacidade para facilitar a construção de aliança; Apoio e coordenação com os níveis subnacionais para a construção de legitimidade da autoridade sanitária e facilitação de alianças com a comunidade.

No tópico referente ao *Desenvolvimento de políticas e planos de saúde*, destacava: Processo de melhoramento da saúde no país; Experiência e capacidade para planificar e desenvolver planos e programas de saúde; Desenvolvimento de políticas; Assistência técnica e apoio aos níveis subnacionais de saúde pública na planificação e desenvolvimento de políticas.

No que se refere à *Regulação e fiscalização*, sublinhava: Revisão periódica, avaliação e modificação de leis e regulamentos; Conhecimentos, habilidades e destrezas para revisar, aperfeiçoar e fazer cumprir as leis e regulamentos; Fazer cumprir leis e regulamentos; Apoio e assistência técnica aos níveis subnacionais de Saúde Pública na fiscalização do cumprimento das leis e regulamentos.

No item relativo à *Avaliação e promoção do acesso aos serviços de saúde* foram reforçados: Avaliação do acesso aos serviços necessários; Capacitação e desenvolvimento de habilidades para promover o acesso da população aos serviços de saúde necessários fora dos lugares habituais de atenção; *Advocacy* e ação para melhorar o acesso aos serviços de saúde necessários; Apoio e assistência aos níveis subnacionais.

Em relação ao *Desenvolvimento de recursos humanos e capacitação em saúde pública* foram enfatizados: Avaliação da força de trabalho em saúde;

132 Monitoramento da qualidade da força de trabalho; Educação continuada

e pós-graduação; Aperfeiçoamento dos RHS para a oferta de serviços adaptados à cultura dos usuários; Desenvolvimento de lideranças em Saúde Pública; Apoio aos níveis subnacionais para os RHS.

Na função correspondente à *Avaliação de tecnologias sanitárias e garantia da qualidade dos serviços de saúde individuais e coletivos*, podem ser visualizados: Sistema de avaliação de tecnologias sanitárias para apoiara tomada de decisões em Saúde Pública; Disseminação de padrões e métodos de avaliação da qualidade dos serviços de saúde individuais e coletivos; Melhoria da qualidade dos sistemas de saúde e da satisfação dos usuários; Assistência técnica e apoio para avaliação nos níveis subnacionais de saúde para assegurar a qualidade dos serviços de saúde.

Para a *Investigação de novas tecnologias e soluções inovadoras em saúde pública* foram mencionadas as seguintes medidas: Desenvolvimento de uma agenda de investigação em Saúde Pública; Desenvolvimento da capacidade interna de investigação; Apoio para a inovação e investigação nos níveis subnacionais de Saúde Pública.

No âmbito da *Gestão em saúde pública* foram incluídas: Planificação e avaliação; Tomada de decisões baseada em evidências; Gestão de recursos; Gestão da cooperação internacional em Saúde Pública; Liderança e comunicação; Assistência técnica e apoio aos níveis subnacionais em matéria de gestão em Saúde Pública.

Finalmente, no que concerne à *Ação frente à situação de emergência e controle de desastres*, foram propostas as seguintes iniciativas: Promoção de ação frente a situações de emergência e controle de desastres; Formulação de normas que apóiem a ação frente a situações de emergência e controle de desastres; Treinamento de pessoal sanitário e de outro tipo frente à situação de emergência e controle de desastres; Coordenação e articulação com outros organismos; Mobilização da resposta sanitária em casos de desastre; Assistência técnica no âmbito subnacional para apoiar a ação frente a emergências e desastres.

Enquanto no plano político internacional funções e indicadores são propostos para a Saúde Pública, no âmbito acadêmico, novas funções têm sido indicadas para o Campo da Saúde Coletiva/Pública tais como aquelas apresentadas na I Conferência Pan-americana de Educação em Saúde Pública, no Rio de Janeiro, em 1994: Histórico-política; Agregadora de valor; Administradora de conhecimento; Mediação estratégica; Gerência estratégica; *Advocacy* (I Pan-American Conference on Education in Public Health, 1995).

Já na II Conferência Pan-americana de Educação em Saúde Pública, realizada no México, em 1998 foram propostos os seguintes campos de atuação para as Instituições Formadoras de Saúde Pública (IFSP): Formação de Recursos Humanos; Investigação em Saúde Pública e Desenvolvimento Tecnológico; Cooperação Técnica; Ação Comunitária Direta; Liderança; Articulação Política; Alianças (OPS/OMS, 2000).

Em 2000, a XIX Conferência da ALAESP, realizada em Havana, propôs um conjunto de *processos dinamizadores* para a educação em Saúde Pública/Saúde Coletiva (IFSP): Desenvolvimento curricular e novos paradigmas da saúde pública; Desenvolvimento profissional e novas competências; Desenvolvimento educacional/Educação a distância/Educação permanente; Desenvolvimento da ação e compromisso intersetorial; Desenvolvimento da qualidade (OPS/OMS/ALAESP, 2001).

Implicações contemporâneas da Saúde Pública/Saúde Coletiva

O desenvolvimento contemporâneo da Saúde Coletiva/Pública impõe acionar interlocutores especiais tais como os atores vinculados às Políticas e organizações de Saúde, Educação, Ambiente, Ciência e Tecnologia, movimentos sociais, Parlamento, Judiciário/Ministério Público, órgãos de defesa da cidadania, do ambiente, do consumidor e dos direitos humanos, entre outros.

No âmbito acadêmico, cumpre avançar na reflexão teórico-epistemológica, na investigação científica e no desenvolvimento conceitual e tecnológico, como campo aberto a novos paradigmas (PAIM & ALMEIDA FILHO, 2000). Reconhecendo a complexidade dos seus objetos de reflexão e de intervenção e que lida com problemas semi-estruturados ou não estruturados, a Saúde Pública/Coletiva tende a se apresentar menos normativa e prescritiva, mais estratégica e comunicativa. Ao mesmo tempo é preciso atentar para que os esforços visando à delimitação do campo não se transformem em “camisa de força” para o seu desenvolvimento teórico e epistemológico diante de novos paradigmas.

Ao considerar a ação política (estratégica e comunicativa) como pertinente para intervir no coletivo, a Saúde Pública/Coletiva necessita manter o diálogo e a crítica teórica aos movimentos ideológicos antigos e novos. Enquanto prática social e técnico-científica articulada às demais práticas sociais - econômi-

cas, políticas, ideológicas e culturais, a Saúde Pública/Coletiva pode participar de processos reprodutivos da estrutura social ou apostar em processos de transformação social que apontem para a desalienação dos sujeitos e para a emancipação dos seres humanos.

Os diálogos acadêmicos norte-sul, bem como os esforços históricos para a construção de uma unidade latino-americana sob os valores da paz, da solidariedade, da justiça social e da democracia têm a possibilidade de contribuir com a construção de viabilidade para tal aposta. Cabe considerar, no entanto, que cada formação social engendra a sua própria Saúde Pública/Coletiva, embora influenciada pelas relações internacionais e inflexões das conjunturas dos respectivos países. Portanto, nada do que se refira à saúde do público pode ser estranho à Saúde Coletiva (PAIM, 1992).

Notas

² Fernando Muñoz Porras. Centro Latinoamericano de Investigaciones en Salud. Reformas de Salud y Funciones Esenciales de Salud Publica. *Estrategias innovativas para la educación en salud pública*. (Exposição realizada na Reunião da ALAESP, México, 1998).

Referências

ALMEIDA FILHO, N.; Paim, J. S. La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. *Cuadernos Médico Sociales*, Rosario, n. 75, p. 5-30, 1999.

AROUCA, A. S. *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva*. XX fl. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1975.

AROUCA, A. S. *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva*. São Paulo/Rio de Janeiro: Editora UNESP/Editora FIOCRUZ, 2003.

BENSAÏD, D. *Marx, o intempestivo: grandezas e misérias de uma aventura crítica*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.

BREILH, J. Reprodução social e investigação em Saúde Coletiva. Construção do pensamento e debate. In: COSTA, D. C. *Epidemiologia. Teoria e objeto*. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO, 1990.

BREILH, J & GRANDA, E. Os novos rumos da epidemiologia. In: NUNES, E. D. (Org.). *As Ciências Sociais em saúde na América Latina. Tendências e perspectivas*. Brasília. OPAS, 1985.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Centro Latino Americano de Investigación en Sistemas de Salud. Pan American Health Organization/World Health Organization. *La Salud Pública en las Américas*. Instrumento para la medición de las funciones esenciales de Salud Pública. Version preliminar. S/d.

CEITLIN, J. (Ed). *Que es la medicina familiar?* Caracas: FEPAFEM/Kellog, 1982.

CHAVES, M. *Saúde, uma estratégia de mudança*. Rio de Janeiro: Guanabara Dois, 1982.

DESROSIERS, G. Évolution des concepts et pratiques modernes em santé publique. *Ruptures*, Montréal, v. 3, n. 1, p.18-28, 1996.

DONNÂNGELO, M. C. F. *Saúde e sociedade*. São Paulo: Duas Cidades. 1976.

DONNÂNGELO, M. C. F. A pesquisa na área da Saúde Coletiva no Brasil - A década de 70. In: ABRASCO. *Ensino da Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil*. Rio de Janeiro, 1983.

FEE, E. *Disease and Discovery. A History of the Johns Hopkins School of Hygiene and Public Health; 1916-1939*. Baltimore: John Hopkins University Press, 1987.

FOUCAULT, M. O nascimento da medicina social. In: FOUCAULT, M. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal. 11 ed. 1993.

FRENK, J. The New Public Health. In: PAHO. *The Crisis of Public Health: Reflections for the Debate. Scientific Publication*, Washinton, D.C, n. 540, p.68-85, 1992.

GARCIA, J. C. La educación medica en la América Latina. OPS. *Publicacion Cientifica*. Washington, n. 255, p. 413, 1972.

GARCIA, J. C. História de las instituciones de investigación en salud en America Latina, 1880-1930. *Edc. Med. Salud*. Washington, v. 15, n. 1, p. 71-87, 1981a.

GARCIA, J. C. La medicina estatal en America Latina / 1 (1880-1930). *Rev. Latinoamericana de Salud*. Mexico, v. 1, p. 63-104, 1981b.

GARCIA, J. C. Apresentação: Juan César Garcia entrevista Juan César Garcia. In: NUNES, E. D. (Org.). *As Ciências Sociais em saúde na América Latina*. Tendências e perspectivas. Brasília: OPAS, 1985.

INSTITUTE OF MEDICINE. *The Future of Public Health*. Washington, D.C.: National Academy Press, 1988.

LAURELL, A. C. Saúde e trabalho: os enfoques teóricos. In: NUNES, E. D. (Org.). *As Ciências Sociais em saúde na América Latina*. Tendências e perspectivas. Brasília: OPAS, 1985.

MENDES-GONÇALVES, R. B. *Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades*. São Paulo: CEFOR, 1992. (Cadernos CEFOR – Textos, 1).

MINAYO, M. C. S. Estrutura e sujeito, determinismo e protagonismo histórico: uma reflexão sobre a práxis da saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 6, n. 1p. 7-19, 2001.

OPS/OMS. La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate. *Publicación Científica*. Washington, D.C., n. 540, 1992.

OPS/OMS. *Sobre la teoría y práctica de la salud pública: un debate, múltiples perspectivas*. Washington, D.C.: OPS, 1993. (Serie Desarrollo de Recursos Humanos, n. 98).

OPS/OMS. *Desafíos para la educación en salud pública: la reforma sectorial y las funciones esenciales de Salud Pública*. Washington, D.C.: OPS, 2000.

OPS/OMS/ALAES. *Educación en Salud Pública*. Nuevas perspectivas para las Américas. Washington D.C.: OPS, 2001.

I PAN-AMERICAN CONFERENCE ON EDUCATION IN PUBLIC HEALTH. XVI ALAES Conference. Democracy and Equity: Rethinking Public Health. *Final Report*. Rio de Janeiro, August, 1994.

PAIM, J. S. *Saúde, crises e reformas*. Salvador: Centro Editorial e Didático da UFBA, 1986.

PAIM, J. S. La Salud Colectiva y los desafíos de la práctica. In: OPS/OMS. La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate. *Publicación Científica*. Washington, D.C., n. 540, 1992. p.151-167.

PAIM, J. S. Transición paradigmática y desarrollo curricular en Salud Pública. In: OPS/OMS/ALAES. *Educación en Salud Pública*. Nuevas perspectivas para las Américas. Washington D.C.: OPS, 2001.

PAIM, J. S. *Saúde política e reforma sanitária*. Salvador: CEPS-ISC, 2002.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. de. *A crise da Saúde Pública e a utopia da Saúde Coletiva*. Salvador: Casa da Qualidade, 2000.

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

ROSEN, G. *Uma história da Saúde Pública*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Editora da Universidade Estadual Paulista/ABRASCO, 1994.

TEIXEIRA, C. (Org.) *Promoção e vigilância da saúde*. Salvador: CEPS/ISC, 2002.

TEIXEIRA, S. M. F. As ciências sociais em saúde no Brasil. In: NUNES, E. D. (Org.). **137**

As Ciências Sociais em saúde na América Latina. Tendências e perspectivas. Brasília: OPAS, 1985.

TERRIS, M. Current trends in Public Health in the Americas. In: PAHO. The Crisis of Public Health: Reflections for the Debate. *Scientific Publication*, Washinton, D.C, n. 540, p. 166-183, 1992.

THERBORN, G. A análise de classe no mundo atual: o marxismo como ciência social. In: HOBBSAWM, E. J. *História do marxismo*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1989.

WAITZKIN, H.; IRIART, C.; ESTRADA, A.; LAMADRID, S. Social medicine in Latin America: productivity and dangers facing the major's national groups. *The Lancet*. London, n. 358, p. 315-23, 2001a.

WAITZKIN, H.; IRIART, C.; ESTRADA, A.; LAMADRID, S. Social Medicine then and now: lessons from Latin America. *American Journal of Public Health*, Washington, v. 91, n. 10, p. 1592-1601, 2001b.

WHO. *New Public Health and WHO's Ninth General Programme of Work*. A discussion paper. Geneve: WHO, 1995.