

Desafios e perspectivas para o ensino e a pesquisa em Saúde Coletiva

Challenges and perspectives for teaching and research in Collective Health

Tatiana Wargas de Faria Baptista¹

Resumo

O artigo aborda o projeto de formação em saúde coletiva que alavancou o movimento de reforma sanitária brasileira e que possibilitou a definição de uma nova política pública de saúde a partir da Constituição Federal de 1988. Discute as inflexões e constrangimentos que tal projeto sofreu com a consolidação das políticas de Saúde, Ciência e Tecnologia e do Sistema de Pós-Graduação, a partir da década de 1990. Aponta para os desafios da saúde coletiva como campo de conhecimento bem como os desafios como campo de prática, trazendo elementos da conjuntura para a sustentação da política pública de saúde na perspectiva da reforma sanitária.

Palavras-chave: saúde coletiva; reforma sanitária; ensino em saúde.

Abstract

This article approaches the collective health training project that produced the Brazilian health reform movement and enabled the definition of a new public health policy from the Federal Constitution of 1988. It discusses the inflections and constraints that such a project has suffered the consolidation of Health, Science and Technology policies and the Postgraduate System, starting in the 1990s. It points to the challenges of collective health as a field of knowledge as well as challenges as a field of practice, bringing elements of the conjuncture to the support of public health policy in the perspective of health reform.

Keywords: collective health, health reform, health education.

Introdução

No final da década de 1970 a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Abrasco, começava a ganhar contornos institucionais e promovia encontros para discutir o ensino e a formação em pós-graduação em saúde coletiva. Os encontros produziram publicações que se tornaram importantes referências para o campo, pois traziam as discussões dos currículos e projetos formativos dos cursos de residência, especialização, mestrado e doutorado.

Dessa forma, difundia-se o projeto de formação da saúde coletiva e buscava-se uma chave de entendimento sobre políticas e práticas de saúde a serem desenvolvidas. Dois temas apareciam como centrais: a determinação social da doença e o processo de medicalização, ancorando a crítica à prática médica e ao modelo preconizado de atenção à saúde.

Após quatro décadas dessa produção e de uma trajetória de institucionalização do campo, revisitamos a questão do ensino em saúde coletiva com o intuito de reconhecer os desafios que

¹ Tatiana Wargas de Faria Baptista (twargas@ensp.fiocruz.br) é Psicóloga. Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da UERJ. Pesquisadora do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – ENSP/Fiocruz.

² Abrasco. Ensino da Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil. Rio de Janeiro, ABRASCO/PEC/ENSP v.1, v., v.3 1982, 1983 e 1984.

se apresentam no cenário atual para a delimitação de um projeto de formação nessa área.

Este texto tem um duplo objetivo: de um lado, pretende abordar o projeto de formação em saúde coletiva que alavancou o movimento de reforma sanitária e possibilitou a definição de uma nova política pública de saúde a partir da Constituição Federal de 1988; de outro, reconhecer as inflexões e constrangimentos que tal projeto sofreu com a consolidação das políticas de Saúde, de Ciência e Tecnologia e do Sistema de Pós-Graduação a partir da década de 1990. Com essa discussão esperamos contribuir para o reconhecimento dos desafios que se apresentam no tempo presente e indicar caminhos possíveis para a sustentação do projeto da saúde coletiva.

Saúde Coletiva: o enunciado e as apostas

Seguindo a leitura feita por diversos autores do campo¹⁻³, o nascimento ou, pelo menos, a menção a um novo campo de conhecimento intitulado ‘saúde coletiva’ ocorre nos anos 1970, em decorrência de uma análise crítica sobre o projeto da Medicina Preventiva e de suas implicações para a prática médica.

Os primeiros departamentos de Medicina Preventiva e Comunitária no Brasil foram criados nos anos 1960^{III} e a reforma universitária de 1968 expandiu o estabelecimento destes⁴⁻⁵. De 1969 a 1973 os ‘Encontros dos Departamentos de Medicina do Estado de São Paulo’ mobilizaram a discussão de docentes das faculdades de medicina da região e provocaram análises que saíam do recorte específico das ciências da saúde⁶. Docentes como Cecília Donnangelo e Sergio

Arouca produziram teses que trouxeram para análise o olhar de estranhamento sobre as condições de produção da prática médica, a medicalização e os objetivos da Medicina Preventiva⁷⁻⁹.

Donnangelo e Arouca tomavam de empréstimo o referencial marxista (Marx, Poulantzas, Althusser, Gramsci) e a filosofia da ciência (Canguilhem, Foucault) para analisar a prática médica. Com isso, conseguiram extrapolar as leituras clássicas do campo da saúde, voltadas estritamente para o cuidado da doença, e produziram novos olhares sobre os processos de produção da saúde e da doença, considerando desde o processo propriamente dito do cuidado prestado e do saber que o sustentava – a prática médica – até os processos que atravessavam e interferiam na produção do trabalho em saúde – o processo produtivo em saúde, entendendo o médico como trabalhador inserido numa engrenagem produtiva em favor do capital.

As leituras construídas no Brasil também vinham sendo compartilhadas com outros atores da América Latina, num diálogo estreito com a Opas^{IV}. Delineava-se na América Latina nos anos 1970, o que ficou conhecido como pensamento social em saúde, com reforço de teorias e abordagens das ciências sociais e humanas para a análise do processo saúde-doença, tendo como principais argumentos a crítica ao modelo biomédico, apontando para a iatrogenia da prática (efeitos de uma má medicina) e para a medicalização e normalização dos corpos (individuais e da sociedade) e a crítica a um padrão de atuação do Estado na saúde que não valorizava a discussão sobre as relações entre capital-trabalho-sociedade e seus efeitos sobre a saúde da população. Com o pensamento social em saúde, buscava-se interferir na matriz disciplinar da ‘saúde pública’

^{III} As Universidades que incorporaram a formação em Medicina Preventiva eram as principais: UFBA, USP – capital e Ribeirão Preto e Unicamp. Também se desenvolvia em paralelo a experiência de Medicina Integral, como a da UERJ, num projeto que buscava enfatizar a prática integrada entre ensino-serviço, com alguma diferenciação para o modelo preconizado pela Medicina Preventiva.

^{IV} Juan Cesar Garcia foi um importante articulador e analista crítico das experiências de Medicina Preventiva.

e da 'administração de Estado'¹⁰, com a incorporação de novos saberes e olhares, propondo-se constituir como um campo de conhecimento multidisciplinar, sem qualquer perspectiva hierárquica e valorativa; e como campo amplo de práticas, multiparadigmático e interdisciplinar¹¹.

No Brasil, a aposta num novo saber denominado 'saúde coletiva'^v indicava a necessidade de construção de novas práticas, pautada em saberes diversos e não mais vinculados apenas à ordem médica. Por isso, produções como a de Donnangelo, Arouca e também de Roberto Machado et al¹², Madel Luz¹³, Jurandir Freire Costa¹⁴ e outras, que traziam a lente das ciências humanas e sociais, tornaram-se referências paradigmáticas do campo.

A passagem do debate acadêmico para o debate político significou a expansão de uma discussão que era de ordem teórico-conceitual sobre a prática médica para ambientes que exigiam o convencimento, a negociação e a aproximação com o debate político e administrativo do Estado. Essa aproximação de dois mundos – o acadêmico e o político/gestor – também ocorreu nos anos 1970 e esteve vinculada à trajetória dos atores que participavam desse debate, como militantes de partidos e de movimentos sociais, gestores, profissionais e estudantes da área da saúde.

Nesse contexto, Arouca atuou como um importante mediador entre o debate acadêmico e político ao traduzir a crítica à Medicina Preventiva e apresentar a ideia-chave da reforma sanitária: o 'conceito ampliado de saúde' e a perspectiva do 'direito à saúde', compreendido como bem-estar social, vida digna e decente, num sistema político participativo, democrático.

Arouca não fez esse debate sozinho^{vi}, ao contrário, a politização do campo e a divulgação das ideias que percorriam o âmbito acadêmico já avançavam nos anos 1970 pelas instituições formadoras, com a consolidação de novos cursos de residência, especializações e mestrados, como também em sistemas locais de saúde, com experiências de reorganização da atenção à saúde pautadas nos princípios propostos pela reforma¹⁶.

O que então se constituía como debate político e social ganhou gradativamente o espaço institucional e a reforma começou a se efetivar por dentro do aparato estatal mesmo antes da aprovação de um novo sistema. Do final dos anos 1970 passando pelo governo da Nova República (1985-1989) foram desenvolvidas estratégias políticas que visavam à ampliação do acesso aos serviços de saúde e a integração das ações realizadas no âmbito da saúde e da previdência¹⁷.

A trajetória institucional da reforma logrou alcançar a afirmação do direito universal à saúde na Constituição Federal de 1988 e a opção pela via institucional postergou o enfrentamento político dos modos de operar a prática em saúde e dos agentes produtores de cuidado, em especial a forma de atuação do setor privado no âmbito do Estado. No final da década de 1980 o debate em torno da reforma e a opção institucional se apresentava numa publicação destinada a discutir a Reforma Sanitária¹⁸. Gastão Campos e Sonia Fleury, a partir de diferentes pontos de vista, revelavam os bastidores de um debate sobre as opções políticas da reforma e os desafios que se apresentavam para manutenção de um projeto de mudança social.

^v A denominação saúde coletiva também tem uma razão de ser. Considerando o contexto da ditadura e de não aceitação de qualquer terminologia que remetesse ao projeto socialista a nomenclatura 'saúde coletiva' foi considerada a mais adequada para expressar o projeto de mudança. Não se podia utilizar a nomenclatura 'medicina social' ou outra que remetesse a ideia de social. Já a ideia de coletivo não se chocava com as diretrizes preconizadas pelo governo. Para essa questão ver Garcia⁴.

^{vi} Em 1976, a instituição do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES) selou o início de um processo social de reforma sanitária. A revista do Cebes passou a veicular os textos produzidos pelos diferentes atores que circulavam na saúde, tornando-se um importante instrumento de divulgação do conhecimento, de experiências e de mobilização social e política¹⁵. Em 1979 o Cebes apresentava no I Simpósio de Saúde da Câmara dos Deputados o documento 'A Questão Democrática da Saúde' onde os princípios e diretrizes para um novo sistema de saúde já estavam claros.

O cenário dos anos 1990 foi adverso tanto ao debate teórico-conceitual da saúde coletiva como ao debate político preconizado pela reforma sanitária. O caminho possível para a política de saúde ocorreu no contexto de uma Reforma de Estado, com contradições no modelo de desenvolvimento do Estado e no projeto de Seguridade Social; com perdas de recursos para financiamento de políticas sociais e de saúde; com retrocessos no enfrentamento das relações público-privado¹⁹.

No que tange ao campo de conhecimento, a saúde coletiva acompanhou as orientações da Política de Ciência e Tecnologia (C&T) e as regras estabelecidas pelo novo sistema de avaliação a partir dos anos 1990. O Sistema de Pós-Graduação e a Coordenação de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (Capes) se desenvolveu de forma importante a partir desta década tendo como orientação principal o estímulo à produção científica e a internacionalização^{20VII}.

O crescimento acelerado da pós-graduação em saúde coletiva trouxe algumas consequências importantes para o projeto da área.

Uma primeira consequência foi a supervalorização da formação *stricto sensu* em relação a uma formação *lato sensu* ou uma formação para o serviço. Como exposto, a saúde coletiva surgiu como um projeto que visava pensar a prática médica, a prática em saúde, buscando aproximar o campo técnico do campo social e acadêmico, definindo-se como um campo de saberes e práticas.

A formação pós-graduada em saúde^{VIII} vista de forma abrangente, em todos os níveis, da especialização ao doutorado, tinha a intenção de estabelecer uma formação implicada no ambiente da prática em saúde. Com a institucionalização do SUS e o desenvolvimento acadêmico do campo a interação entre os níveis de formação sofreu mudanças. A formação de profissionais no âmbito *lato* (especializações, residências) manteve-se muito mais próxima do debate da política de saúde, atendendo às demandas de uma formação para o SUS, enquanto a formação acadêmica em nível *stricto* passou a responder as orientações e incentivos da política de C&T^{IX}. Tal movimento dividiu esforços e trouxe dificuldades na troca de experiências entre esses dois âmbitos da formação, sendo mantido algum diálogo quando ocorreu engajamento de pesquisadores do campo, mas sem a definição de políticas institucionais que favorecessem projetos formativos integradores.

Uma segunda consequência da Política de Pós-Graduação para a saúde coletiva foi a 'epidemiologização do campo'. Em especial a partir dos anos 2000 ocorreu uma maior especialização das subáreas da saúde coletiva, com a epidemiologia delimitando um maior espaço de atuação. Iriart et al²¹ mostram que 49% do total de docentes permanentes dos 40 programas acadêmicos credenciados em 2013 foram classificados como pesquisadores da "subárea" da epidemiologia. Pode-se considerar que esta área foi a que melhor se adaptou ao modelo proposto de avaliação, visto estabelecer maior diálogo com os métodos e discussões

VII A política adotada na década de 1990 levou a um crescimento veloz da Pós-Graduação no País, tanto em termos de oferta de cursos como na produção propriamente dita de artigos científicos. Em 1965 quando os primeiros Programas foram reconhecidos, a Capes identificou 27 mestrados e 11 doutorados no País. Em 2016 a pós-graduação já atingia 3.378 cursos de mestrado, 2.157 de doutorado e 733 de mestrado profissional. Da mesma forma, o número de artigos publicados cresceu a cada década. Nos anos 1980 a produção estava bem abaixo de 5 mil artigos e em 2015 alcançava 40 mil artigos. Informações retiradas do Portal da Capes - Geocapes, 2018. Disponível em: <https://geocapes.capes.gov.br/geocapes/#> Acesso em 27 de setembro de 2018.

VIII Vale lembrar que o campo inicia com o foco na pós-graduação e somente nos anos 2000 a pauta da graduação ganha maior espaço. Ainda assim na Lei Orgânica da Saúde de 1990 está estabelecido o papel do Ministério da Saúde na orientação da formação em saúde. Ou seja, a atuação na definição curricular dos currículos de graduação.

IX Nos anos 2000 com o desenvolvimento do projeto de mestrados profissionais ocorre uma nova aproximação do âmbito profissional no contexto da formação *stricto*, mas o modelo de formação e de avaliação dos Programas também foram mantidos dentro da lógica do *stricto* acadêmico sendo esta uma pauta em constante debate nos momentos da avaliação.

das ciências da saúde e ter maior facilidade para publicar seus estudos^x. A epidemiologização do campo coloca questões específicas para se pensar o projeto de formação interdisciplinar proposto na concepção de saúde coletiva.

Soma-se a essa questão reconhecer uma mudança no perfil da produção acadêmica da área desde os primórdios. Em estudo sobre a produção da saúde coletiva de 1990 a 2002, Levkovitz et al²² já apontavam para uma mudança nos objetivos e métodos utilizados nos estudos do campo indicando uma inflexão entre os anos 1970/1980 para 1990/2000. Na primeira fase prevaleciam estudos de base teórico-conceitual com foco na atuação do Estado e análise do modelo de atenção, aos poucos os estudos foram buscando o acompanhamento dos processos políticos e a interação com o âmbito gerencial deixando de lado análises mais abrangentes. Nessa mesma pesquisa reconhece-se a aceleração do crescimento da produção científica a partir do final dos anos 1990 e uma dificuldade maior de identificação das linhas de investigação que alimentavam o projeto da saúde coletiva desde então. Assim, a identidade do campo para a orientação de um projeto de formação já não se apresentava mais de forma clara.

Uma terceira consequência do modelo adotado pela Política refere-se ao estímulo à produção científica com ênfase na publicação internacional. A valorização da publicação internacional tem direcionado nossa ciência para interesses que muitas vezes não estão associados aos problemas e questões que mobilizam nossa realidade. Considerando que a saúde coletiva nasce como um projeto contra-hegemônico de saber e

prática, no diálogo com parceiros da América Latina, seria importante garantir no modelo de avaliação um espaço de fortalecimento e incentivo à produção nacional e regional. Mas o que assistimos nas últimas décadas foi o incentivo contrário e uma desvalorização da produção local, distanciando nossas pesquisas e produções do que interessa na construção de uma prática de saúde condizente com o projeto de saúde coletiva.

Nesse sentido, há que se questionar os pressupostos adotados pelo Sistema de Avaliação da Pós-Graduação de modo a reposicionar o projeto de ciência e de saúde coletiva que se almeja.

Perspectivas para a saúde coletiva, reconstruindo utopias

A Saúde Coletiva como ‘campo de produção de conhecimento e produtor de novas práticas’ sofreu transformações desde sua origem. O campo nasce com a pretensão de desconstruir e desvelar as contradições do cuidado em saúde - em especial da prática médica no primeiro momento - como paradigma das ciências da saúde. Uma importante crítica ao modelo com consequências para a organização do cuidado e do sistema de saúde. Mas gradativamente fixa-se na relação que estabelece com a política, seja setorial da saúde, seja de C&T, se especializando como conhecimento e fragmentando o próprio pensar em saúde. Distancia-se das ciências sociais e aproxima-se das ciências médicas. Torna-se um campo de conhecimento altamente produtivo, mas distante das questões que afetam a população.

No âmbito da política, a institucionalização trouxe prejuízos para se pensar a organização do cuidado e para aproximar-se da população e de seus interesses, numa captura por outros interesses que permearam o âmbito estatal, que manteve uma relação estreita com os interesses privados.

^x Os dados de publicação da saúde coletiva no período 2010 - 2012 revelam um conjunto expressivo da participação das revistas “biomédicas” entre as melhor qualificadas (84% A1) sendo apenas duas revistas da saúde coletiva com classificação no primeiro extrato. Esses dados foram compilados a partir de informações disponíveis em documentos da Capes.

Scheffer e Schraiber²³ sintetizaram o sentido da crítica que aqui se apresenta:

A saúde coletiva

“deve revisitar a construção do pensamento crítico que a caracterizou desde sua origem, retomar o conceito ampliado de saúde, ater-se às questões contra-hegemônicas e culturais – entre elas as desigualdades – e voltar a articular a política com as dimensões técnico-científicas. Se até a primeira década dos anos 2000 é clara a percepção de que a Saúde Coletiva se consolidou como campo científico, diante dos novos tempos, outros desafios se colocam frente a sua (re)fundação como projeto interdisciplinar e crítico da cultura científica e das práticas médica e sanitária tradicionais” (SCHEFFER; SCHRAIBER, 2017: 490).

Parece urgente que façamos a retomada de um referencial crítico de análise que permita a reflexão da articulação entre as questões técnico-científicas, a política de saúde e as transformações do capitalismo contemporâneo.

O caminho de construção de um enunciado de um novo campo precisa ser (re)trabalhado. É preciso sustentar a saúde coletiva como novo campo de conhecimento aprofundando seu projeto epistêmico. Ou seja, reaproximar os saberes e representar o desafio da produção de um conhecimento que seja capaz de responder aos dilemas que se apresentam na sociedade.

Nesse sentido, é preciso sair da caixa escura da avaliação e não responder unicamente a um critério de produção, é preciso saber o que se produz, como se produz e para responder a quê. É preciso aproximar os projetos de curso e de formação dos mecanismos de acompanhamento e avaliação, não como algo que ocorrerá a posteriori como um prêmio ou uma punição, mas como uma estratégia para incentivar a vontade de saber e a transformação social. Dar sentido ao processo avaliativo como projeto

político e social é assumir efetivamente que o processo de produção de conhecimento precisa estar implicado com a realidade, comprometido com um projeto de vida e de sociedade, com a vida concreta de sujeitos de ação respondendo aos anseios e expectativas daqueles que participam cotidianamente desta construção – os sujeitos da ciência e os sujeitos da vida. Uma ciência implicada e inserida na realidade social, crítica à posição externa e neutra da produção de conhecimento.

Nesse sentido, valorizar e fortalecer o que construímos de conhecimento sobre nossos problemas/nossas questões, realizar estudos sobre o que nos aflige, é o primeiro passo nessa perspectiva de conhecimento/ciência, porque é a partir dos que nos mobiliza que damos sentido ao conhecer e respondemos, em alguma medida, as expectativas em relação às questões que se apresentam.

Compartilhar o conhecimento é o segundo momento desse processo, o que também deveria ocorrer de forma ampla, para quem quisesse acessar – do local ao global. É importante perceber que não construímos conhecimento pensando em soluções globais, buscamos conhecer para responder questões que se apresentam proximalmente a nós, que nos afetam (um nós grande e coletivo). Portanto, imaginar que a divulgação do conhecimento deve ser feita prioritariamente para o global (internacional), sem priorizar o local, é uma inversão sem sentido que limita o próprio processo de desenvolvimento da ciência e de incorporação do conhecimento. É uma regra que beneficia quem ganha e lucra com a divulgação científica, precisamente as editoriais internacionais, que cobram para publicar e acessar o que se produz de conhecimento.

Assumir uma postura gerencialista (calculista) na construção do conhecimento sobre os processos saúde-doença porque não se pode ferir as

cláusulas pétreas da Capes ou adotar uma prática em saúde gerencialista que se adapta às orientações de uma política e aos limites que o gestor diz sofrer, são lados de uma mesma moeda. Ambas refletem escolhas por caminhos conservadores.

Trazer a vida para o centro das questões em nosso país significa enfrentar as desigualdades e os conflitos que a sustentam. Até aqui parece que buscamos consenso e conciliamos interesses. Talvez seja o momento de marcar diferenças de sentido e de valores. A desigualdade, seja entre os usuários, seja entre os próprios trabalhadores da saúde, seja entre as instituições de ensino, não pode, nem deveria ser simplesmente “harmonizada”.

Referências

1. Nunes ED. Juan César Garcia. Pensamento social em saúde na América Latina. São Paulo: Cortez; 1989.
2. Ribeiro PT. A instituição do campo da saúde coletiva no Brasil. 1975-1978 [dissertação]. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1991.
3. Paim JS. Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão crítica. Salvador: EDUFBA; 2008.
4. Garcia ED. Ciências sociais em saúde na América Latina. In: Nunes ED, Garcia JC, organizadores. Pensamento social em saúde na América Latina. São Paulo: Cortez; 1989. p.148-158.
5. Arouca ASS. O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo: Editora Unesp; 2003.
6. Tambellini A. Questões introdutórias: razões, significados e afetos expressões do “dilema preventivista”, então e agora. In: Arouca ASS. O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo: Editora Unesp; 2003. p.31-58.
7. Donnangelo MCF. Medicina e sociedade: o médico e seu mercado de trabalho. São Paulo: Pioneira; 1975.
8. Donnangelo MCF; Pereira L. Saúde e sociedade. São Paulo: Duas Cidades; 1976.
9. Nunes ED. Cecília Donnangelo: pioneira na construção teórica de um pensamento social em saúde. Rev Ciênc. Saúde Coletiva. 2008;13(3).
10. Stotz EN. A saúde coletiva como projeto científico: teoria, problemas e valores na crise da modernidade. 1997. In: CANESQUI, A. M. (org.) Ciências sociais e saúde. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1997. p. 273-84.
11. Birman J. A Physis da saúde coletiva. Rev Saúde Coletiva. 1991; 1(1): 7-12.
12. Machado R; Loureiro A; Luz R; Muricy K. Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Ed.Graal; 1978.
13. Luz MT. As instituições médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia. Rio de Janeiro: Ed.Graal; 1979.
14. Costa JF. Ordem médica e norma familiar. Rio de Janeiro: Ed.Graal; 1983.
15. Sophia DC. Saúde e Utopia: O Cebes e a reforma sanitária brasileira (1976-1986). São Paulo: Hucitec; 2015.
16. Escorel S. Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1998.
17. Cordeiro H. O Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: Ayuri Editorial; 1991.
18. Berlinguer G; Fleury S; Campos GWS. Reforma sanitária: Itália e Brasil. São Paulo: Hucitec;1988.
19. Machado CV; Lima LD; Baptista TWF. Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. Cad. Saúde Pública. 201; 33(12).
20. Barata RB. Dez coisas que você deveria saber sobre o Qualis. Rev Pós-Graduação da Capes.2016;13(30).
21. Iritat JAB et al. A avaliação da produção científica nas subáreas da saúde coletiva: limites do atual modelo e contribuições para o debate. Cadernos de Saúde Pública. 2015; 31(10): 2137-47.
22. Levcovitz E; Baptista TWF; Uchôa SAC; Nespoli G; Mariani M. Produção de conhecimento em política, planejamento e gestão em saúde e políticas de saúde no Brasil (1974-2000). Brasília (DF): Opas; 2003. p. 74.
23. Scheffer M; Schraiber LB. Interface, vinte anos: a saúde coletiva em tempos difíceis. Interface (Botucatu). 2017; 21(62): 487-491.