

# 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 Baptista<sup>1</sup>

### 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

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> 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 campo<sup>1-3</sup>, 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<sup>III</sup> e a reforma universitária de 1968 expandiu o estabelecimento destes<sup>4-5</sup>. 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 saúde<sup>6</sup>. Docentes como Cecília Donnangelo e Sérgio

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 Preventiva<sup>7-9</sup>.

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<sup>IV</sup>. 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’

<sup>III</sup> 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.

<sup>IV</sup> Juan Cesar Garcia foi um importante articulador e analista crítico das experiências de Medicina Preventiva.

e da 'administração de Estado'<sup>10</sup>, 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 interdisciplinar<sup>11</sup>.

No Brasil, a aposta num novo saber denominado 'saúde coletiva'<sup>v</sup> 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 al<sup>12</sup>, Madel Luz<sup>13</sup>, Jurandir Freire Costa<sup>14</sup> 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<sup>vi</sup>, 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 reforma<sup>16</sup>.

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 previdência<sup>17</sup>.

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 Sanitária<sup>18</sup>. 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.

<sup>v</sup> 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 Garcia<sup>4</sup>.

<sup>vi</sup> 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 política<sup>15</sup>. 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-privado<sup>19</sup>.

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<sup>20vii</sup>.

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<sup>viii</sup> 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<sup>ix</sup>. 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 al<sup>21</sup> 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<sup>x</sup>. 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 al<sup>22</sup> 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.

<sup>x</sup> 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 Schraiber<sup>23</sup> 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 estrita 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.