

A produção do conhecimento em Saúde Coletiva¹

Carlos Botazzo²

1. Introdução

Pensar a produção do conhecimento em saúde coletiva implica algumas correlações prático-teóricas. Entre estas, devemos lembrar o desenho de objetos para a investigação, o uso de ferramentas conceituais e operativas, as políticas de produção científica e tecnológica, vistas no seu contexto histórico, e a formação do pesquisador. Esta última deve significar o desenvolvimento de uma consciência desalienada, apreendida tanto na dimensão epistemológica, isto é, o das referências teórico-metodológicas quanto nas suas relações sociais e nas práticas políticas, o que equivale dizer no modo como o pesquisador concebe a sociedade em que vive.

Isto obriga, de qualquer modo, que se estabeleçam as linhas de pensamento em Saúde Coletiva nas quais esta comunicação se apóia. Em muitas passagens se dará ênfase à filosofia positivista, mesmo que com ela não se tenha afinidade. Trata-se de reconhecer que esse modo de pensar em saúde goza de prestígio e é bastante difundido, quer os agentes tenham ou não consciência disso.

2. Saúde pública e saúde coletiva

Entendemos, como Minayo (1992), que a Saúde Coletiva vem a ser um campo de práticas – sanitárias, sociais ou de investigação – que incorpora os sujeitos, os movimentos sociais, os serviços de saúde etc, e os submete à *crítica transformadora*. Nesta perspectiva, também as instâncias ou aparelhos de controle social medicalizados são submetidos à crítica. Por este viés ela se diferenciaria da Saúde Pública, entendida sempre como esfera estatal que, por meio da oferta de serviços de saúde, efetiva suas políticas de controle social, isto é, o controle do Estado sobre indivíduos ou grupos de indivíduos. Claramente se diferenciaria uma da outra. Há farta literatura que desvela as relações entre situação de saúde e atividade econômica. Deste modo, a assistência pública vem oferecendo, e desde o seu nascimento, os elementos que permitem estabelecer, de modo inequívoco, os nexos que a mantém em articulação com as políticas e os propósitos do Estado, e isto desde que para os estados nacionais a necessidade do controle da massa populacional (nascimento, morte, gestação, moradia, educação/qualificação, práticas dietéticas, cuidado com o corpo, moral etc) se impôs como estratégia que visava o incremento da riqueza econômica e militar das nações européias ocidentais.

Foi na 2ª metade do século XIX, no entanto, que a assistência pública assumiu a configuração que mantém até os dias presentes. Minayo acertadamente considera que a conotação desta saúde é ser pública, sim, mas de modo inespecífico. É assim que ela vincula esta saúde pública à “política de prevenção proposta pelo Estado”. Política de prevenção é denominação extensa. Ela deve, assim, significar todas as prevenções e todas as profilaxias possíveis. Na massa populacional radicam-se muitos males, a pobreza é fonte de perigo de todos os tipos, a miséria engendra a degradação moral e física, o sofrimento e o crime. E, sobretudo, é caldo de cultura para a Revolução. E foram tantas, a ponto de Eric Hobsbawm ter denominado esse momento histórico de “A Era das Revoluções”.

Numa atmosfera hamletiana, a burguesia européia via-se ameaçada por espectros (“um espectro ronda a Europa”, lembramos, é a célebre frase de abertura do Manifesto de Marx) e via em cada “popular” um conspirador, um agitador ou um delinqüente. Não por acaso, a filosofia positiva de Augusto Comte pregava a necessidade de educar positivamente o proletariado urbano. Comte (1978) garantia que a ciência positiva, estado superior do pensamento que a sociedade humana alcançara no século XIX, dirigiria daí por diante todas as artes e as técnicas e, ainda mais e principalmente, as ações humanas. Assim, a moral, isto é, a prescrição do correto modo de agir em sociedade, passaria a ter base científica. Muito coerentemente, se a ciência positiva indica o certo, o correto, aquilo que deve ser e do modo como deve ser e de nenhum outro, se é preciso antes conhecer para depois agir, então a educação positiva do proletariado deveria significar *torná-lo normal socialmente falando*. Por isso mesmo, no esquema comteano a Medicina ocupa lugar central, porque então essa normalidade social deverá ser expressada objetivamente ou internalizada subjetivamente como *normalidade médica*.

Todas as profilaxias contemporâneas encontram nesse arcabouço ideológico sua condição de possibilidade e

¹ Comunicação feita no “Curso Ética e Ciência na Pesquisa em Saúde Coletiva: velhas e novas questões”, no Instituto de Saúde, em 14 de outubro de 2004, com base em excerto retirado de “Saúde bucal e cidadania: transitando entre a teoria e a prática”; In: PEREIRA, A.C. Odontologia em Saúde Coletiva. Planejando ações e promovendo saúde. Porto Alegre; ArtMed, 2003, 17-27.

² Doutor em Saúde Coletiva, Pesquisador-científico do Instituto de Saúde. Professor do Programa de Pós-Graduação em Ciências, CCD/SES-SP.

justificação. Por profilaxia são entendidas as práticas que, não sendo exatamente prevenção, contribuem com a prevenção. Mas profilaxia, lembremos disso, no radical grego significa explicitamente *olhar sobre*, em direção a, *vigiar*.

É então que a Medicina Científica, completando o raciocínio comteano, será chamada a ocupar o lugar de reguladora das vontades e dos desejos dos homens. A Medicina científica ou positiva orientará a conduta humana, dirá quais práticas são as recomendáveis e quais são as deletérias, trará para seu âmbito todas as mezinhas, proporá a profilaxia de quase todos os males, medicalizará a cama, o quarto de dormir, o banheiro e a cozinha, medicalizará os sentimentos e as emoções e finalmente medicalizará a sociedade. O modo de objetivação de todas essas formas de vida medicalizada é dado pelo corpo. Tomado em sua dimensão coletiva, é o corpo proletário que deve antes interessar à nova ordem. É neste preciso contexto e recorte que se validam as práticas de vigilância, as médicas e as não médicas. É um momento da Medicina Positiva, mas é também o momento de um Direito Positivo e igualmente de uma Repressão Positiva. É quando emergem, finalmente, todas as práticas de esquadramento da vida social genérica, é quando são formulados os preceitos legais do direito positivo, é quando se outorga ao desviante o estatuto que permitirá o seu encarceramento (Foucault, 1991).

Vigilância e ordem. Este é, por excelência, o campo da disciplina, que alcança os mais recônditos aspectos da vida em sociedade. A disciplina é presente na sala de aula e no quartel, no mosteiro e na fábrica, no hospital, no hospício e no cemitério. Do nascimento à morte, do berço ao túmulo, há de haver o registro estatal dos eventos e as condições nos quais ocorrem.

Subordinar a moral à ciência, no entanto, equivale a uma rendição. A moral é designadora do campo das práticas sociais. Por suposto, não é aceitável um “discurso de neutralidade” a direcionar as ações humanas. Para Japiassu esta posição deve ser vista como “imperialismo científico”. É igualmente justa a posição de Henri Poincaré para quem não pode haver moral de base científica, do mesmo modo que não pode haver uma ciência imoral (Poincaré, 1995). Bastam, por ora, estas assinalações. É daqui por diante, ou seja, ao se caminhar daquele “inespecífico público”, de que falava Minayo, para a publicização radical da saúde, que encontraremos acolhedouro para as categorias das ciências humanas, e para todas as formas de problematização que se escondem sob o termo “coletivo”.

3. A saúde coletiva como campo de investigação e práticas

Cercada de ambigüidades e transparências que seja, ou em permanente atravessamento pela política, pela ideologia e pelos conflitos (Donnangelo, 1983), a Saúde Coletiva que se pensa para ser, como afirma Nunes

(1995), tema e ao mesmo tempo campo de práticas teóricas, técnicas e pedagógicas, deveria antes ser concebida segundo alguns eixos prático-conceituais: a) interdisciplinaridade; b) projetos de sociedade; e, c) produção de sentido. Vejamos como se desembrulham esses eixos.

a. Interdisciplinaridade

Talvez o maior obstáculo à compreensão do que venha a significar essa palavra derive do fato de termos já internalizadas, isto é, como subjetividade, as categorias da ordem e da disciplina. Durkheim (1988) afirmará, no rigor do funcionalismo sociológico, que só há resistência às normas sociais, coercitivamente impostas, quando não foram suficientemente internalizadas pelos sujeitos; ao contrário, a não resistência conduzirá a que a coerção aceita seja percebida como “natural”. As coisas são como devem ser e sabemos existirem limites e fronteiras. Mas também é fato que só podemos pensar a fronteira quando sabemos o que está do outro lado. Este vem a ser um ponto de relevo porque imediatamente se poderia dizer que o gesto fundante da interdisciplinaridade é a ultrapassagem da fronteira, é a ruptura do limite. Trata-se então, e inicialmente, de *uma indisciplina, uma rebeldia epistemológica*. O primeiro ponto é, assim, uma reconciliação do sujeito com ele mesmo, porque a interdisciplinaridade é o lugar onde freqüentemente sujeito e objeto se confundem. Ele terá de se ver em relação com outros sujeitos e precisará descobrir como se produziram nele os efeitos dos dispositivos de regulação social em funcionamento.

Do ponto de vista pedagógico, a disciplina pode ser entendida como conjuntos de enunciados que copiam sua organização de modelos científicos. Ela apresenta tendência à coerência e à demonstratividade. O conteúdo da disciplina, ou a disciplina ela mesma, é aceito, institucionalizado, transmitido e às vezes ensinado como ciência (Foucault, 1985). Do mesmo modo, e preservando esta conceituação, é que se pode entender como disciplina também a Psiquiatria, a Psicologia, a Medicina por inteiro, enfim, porque essas práticas têm por fundamento certo plano de racionalidade e certo embasamento científico que as legitimam perante a sociedade.

Uma disciplina médica implica, por isso tudo, relações de poder e exercícios de poder. Não há porque se falar em disciplina se a ela não se atribui essa dimensão de, pelo exercício do poder, ver-se em pertencimento aos esquemas de dominação. Neste sentido, pode-se afirmar que a sala de aula é a instituição celular e a transmissão nela colocada certo modo de reprodução da ordem. Junto com o laboratório e o ambulatório, a sala de aula revela sua pedagogia já a partir da arquitetura que determina o lugar do aluno e do professor, a separação entre trabalho intelectual e manual, a diferença entre o que sabe e aquele que deve aprender. Esses lugares todos

abrigam dispositivos reguladores em processos de institucionalização, a lista de chamada, as avaliações, as provas, os tempos, os ritmos, os modos de fazer. Abriga a produção de verdades, enfim, incluída a última delas, a verdade sobre o paciente (e nesses lugares, finalmente, se há dominação há igualmente resistência a ela).

Ora, o que precisa ser pensado é saber se de fato, além do que expressa como instituição, a disciplina, isto é, aquele específico conhecimento de que falava Foucault, contém a possibilidade prática de compreensão do homem e da doença dele. Pois aqui, para conhecer o homem, se deve ir além da anatomia e da fisiologia. Não é de um conhecimento sobre o homem que se trata e, sim, do *conhecimento do homem*. Seria outro modo de falar sobre a determinação social do processo saúde-doença. Pensamos genericamente sobre condições de vida e saúde, e sempre articulamos a essas categorias as variáveis renda, trabalho, moradia, educação, transporte, acesso à informação etc. Mas também dizemos que isso é variável segundo os grupos e as classes sociais, o que implica considerar sua distribuição segundo modos de vida. Esses são todos modos de ser do homem, os modos práticos de existir, e já vemos que então o modo de ser do homem e a saúde dele vem a ser uma só e mesma coisa. É pelo modo de ser que podemos compreender o desgaste do corpo do homem ou sua capacidade de recuperação, as possibilidades de morrer mais precoce ou mais tardiamente. Ou, dizendo de outro modo, *adoecemos de vida e morremos de vida*, seja da vida que temos ou da que nos é facultada ter, tanto quanto adoecemos (ou morremos) de clínica e de normalidade. Isto serve seja para o operário da construção civil seja para a cantora famosa.

Sem dúvida não estamos diante do simples; é da complexidade que se trata. O simples é mais facilmente ordenável e em geral não é dotado de ambigüidade; a complexidade é própria das estruturas caóticas (Piaget, 1970), isto é, as em aparente desordenamento, e nunca se dá sem que se produzam ruídos e leituras díspares. É, propriamente, o caso de que estamos tratando, pois seria neste conhecimento *sobre o homem e do homem* que se radicaria a possibilidade das práticas interdisciplinares. Por isso se diz que o termo saúde é ambíguo e carrega múltiplos significados; e então isto vem a significar, concordando com Nunes (1995), que estamos diante de um problema epistemológico crucial e da mais alta relevância: o fato de que nenhuma disciplina isolada e por si só dá conta desse objeto.

b. Projetos de sociedade

É possível que o aspecto mais notável da Saúde Coletiva é dar-se, de outra maneira, como movimento social. Isto a diferenciaria radicalmente da concepção e das inespecíficas práticas de saúde pública. Talvez aqui radique a explicação do porquê numerosas vezes esse termo ser referido como “invenção brasileira”. Sem

dúvida, a denominação recente – data de 1979 – foi uma forma de aglutinar diversas experiências em vários campos do saber e da prática política em saúde. Foi no âmbito das lutas políticas dos anos 70 e 80, da luta contra a opressão e a ditadura, conduzida sob a égide das liberdades democráticas, que grupos de profissionais de saúde, professores universitários, pesquisadores e estudantes se aliaram ao movimento popular e dos trabalhadores para reivindicar melhores condições de vida para a população. São criticadas as políticas públicas de saúde, a estruturação dos serviços médicos e a própria medicina. São apontadas as falhas estruturais do modelo implementado pelo regime militar, a centralização e a verticalização dos programas, as políticas de financiamento, a formação de recursos humanos, e todas as iniquidades da ditadura e todas as fraudes do sistema nacional de saúde são trazidas à tona. Sucedem-se as conferências, os encontros regionais e locais, movimentam-se categorias e profissões, animam-se os sindicatos. Toma corpo o Movimento da Reforma Sanitária. A 8ª Conferência Nacional de Saúde, de 1986, é o marco a delimitar o “antes” e o “depois” na história das políticas de saúde no Brasil. Uma espécie de comitê nacional da reforma é instalado e organiza a minuta do capítulo de saúde da Constituição Federal de 1988.

Estas características do Movimento da Reforma Sanitária são, de fato, únicas. Não são exclusivas, já que sabemos do curso da Reforma Sanitária Italiana, para ficar no exemplo mais famoso. Ambos, mas sobretudo o italiano, se basearam fortemente no movimento sindical de origem operária. Mas há outros exemplos de movimentos que acabaram por articular os trabalhadores da saúde a específicas pautas sociais e políticas, como é o caso da luta antimanicomial, gerada a partir do questionamento do poder da psiquiatria. Elas emergiram no contexto das lutas democráticas mundiais que em turbilhão abalaram a estabilidade do poder internacional da burguesia. Basta lembrarmos das jornadas de 1968 e da Guerra do Vietnã, e de tudo o que então e posteriormente veio a ser denominado de contra-cultura. Se estes são exemplos passados, a história se repete. E desde sempre são evidentes as ligações que colocam o movimento público da saúde articulando os trabalhadores do setor às pautas ou necessidades de grupos sociais ou comunidades (Stern, 1983; Rosen, 1983).

Enfim, é porque a Saúde Coletiva não pode furtar-se ao compromisso com a vida que então, na sua expressão prática de sujeito, vem a se posicionar sobre a balastrada da história e dela tenta, prospectivamente, divisar o futuro. Este sujeito é sujeito constituído também ele pela ideologia. São modos de racionalizar o presente (nas sucessivas explicações sobre a crise da saúde da sociedade ou de como caminha o SUS), as apropriações da economia política que visam explicar o momento do Capital (ou o que se denomina, correta ou incorretamente, neo-liberalismo), e o que viria a ser para nós – dado o

grau de incerteza no presente que dificulta estimar o futuro – uma sociedade mais justa e democrática.

c. Produção de sentido

Estes comentários precedentes fundem-se notavelmente em seus planos constituidores. De um lado, a interdisciplinaridade reclama não apenas o atravessamento de fronteiras, mas antes a recriação das linguagens dos objetos. Ora, o objeto dessa saúde coletiva, que se quer interdisciplinar, seria o próprio homem e sua realidade, já vimos. Desse modo é que neste campo sujeito e objeto se vêem confundidos, pois o que pesquisa e o que é pesquisado são dotados da mesma natureza. Sobre isso sabemos também haver interdição doutrinária no esquema positivista e, assim, dizer que sujeito e objeto se vêem confundidos é já meia heresia. De fato, no específico âmbito desta forma de ciência preza-se ao máximo a disjunção entre um e outro, embora de difícil, senão impossível, realização. Há motivos para isso. É sempre dado como exemplo de objetividade na pesquisa o caso da Astronomia. Isto é, que somente a Astronomia poderia encaminhar a proposição do objeto em estado de pura objetivação, pois é fato não haver nenhuma possibilidade de se verem confundidos um e outro. Por isso se afirmava, e desde Diderot, que uma espécie cega não faria astronomia, porque a condição para evitar a confusão seria apenas observar. Nesta posição, preservam-se as naturezas de ambos, pois o processo de conhecer seria meramente sensório, isto é, com o uso apenas dos sentidos. E, no entanto, mesmo separados como aparentemente se acham, seria importante interrogar o Astrônomo e saber dos seus sonhos e dos seus projetos, da sua linguagem e do seu círculo de amigos e colegas de trabalho, do que falam entre si, do modo como constroem o conhecimento daqueles objetos, como se os desenham, como enfim eles emergem na consciência do pesquisador e vêm a significar no grupo de pesquisa. Estaríamos falando, respondidas essas interrogações todas, da subjetividade do cientista; e que, agora internalizado, o objeto da Astronomia será recomposto como *idéia* previamente à sua objetivação. Por isso, fala-se em representação ou na coisa representada.

Torna-se claro a partir deste exemplo o movimento dialético que orienta as relações sujeito-objeto. O caso da Astronomia é em si interessante porque o que se diz dela é significativo para qualquer outra ciência. E mesmo diante de tão formidável objetividade, ainda assim o objeto se vê em deslizamento por entre as dobras do pensamento, bem no interior das contradições que se localizam entre o pensar e o agir. É verdadeiramente instigante perceber, assim, que para além da simples representação do objeto é do seu significado que estamos falando, é da produção de um sentido que venha a se encaixar também ele junto aos demais sentidos e significados que incessantemente os homens em

sociedade elaboram. Os astros do céu têm para nós, contemporâneos, leituras bastante diferenciadas das dos nossos ancestrais, não bastava que já são diferentes se estamos entre yanomamis, iorubas, ioguis ou chineses.

Ora, se é do homem que tratam os discursos da Saúde Coletiva é imediatamente da vida do homem que eles dizem respeito, vida que então deverá ser significada. Por isso, são coalescentes, ao lado da interdisciplinaridade, os projetos de sociedade e as visões do futuro. Nesta teia complexa de relações e de produção incessante de subjetividade localiza-se o terceiro componente desta saúde que se imagina tão radicalmente pública. E se ela fosse se afastar daquela outra saúde tão inespecificamente pública, seria pelo fato de poder incorporar sujeito e objeto do conhecimento na mesma espiral. É que no espaço da Saúde Coletiva agora o objeto pode falar e pode manifestar sua vontade, e de certo modo sempre falou e sempre manifestou independentemente de saber se o escutamos. É o caso mesmo dos movimentos populares na saúde, das comissões gestoras e dos conselhos, e seria também a organização dos doentes, tal como observamos com os pacientes crônicos (hipertensos, politransfundidos e outros).

Mas seria sobretudo no âmbito dos movimentos sociais de caráter amplo que encontraríamos a manifestação dessa emergência. É o caso do movimento feminista, desde sempre em permanente conflito com a Disciplina Ginecológica. Assim, tanto as mulheres quanto os(as) pesquisadores(as) desta específica correlação, submetem à crítica não apenas os procedimentos clínicos ginecológico-obstétricos (considerados em muitos casos invasivos ou abusivos e violentos) mas antes propõem, simplesmente, a reapropriação do corpo da mulher pela mulher, o que significa o questionamento das políticas de contracepção – que resultou em milhões de esterilizações mais ou menos “induzidas” – bem como coloca em cena a questão do aborto, a do amor, a da relação homem-mulher, a do casamento etc, e tudo o que pode ser interpretado como relações de gênero; trata-se ao fim e ao cabo de discutir e pôr em causa a própria sexualidade feminina e, no limite, a da sociedade como um todo (porque os homens viram-se, finalmente, confrontados com eles mesmos e com seus fantasmas). Poderíamos do mesmo modo falar das numerosas organizações de saúde mental e da luta contra o manicômio, dos grupos de orientação homoerótica que se formaram em torno da síndrome da imunodeficiência humana adquirida, do movimento negro (que na saúde comparece com a anemia falciforme ou a declaração da cor da pele ou a etnia nos inquéritos populacionais, além de outras correlações), das populações indígenas etc.

Essas correlações deveriam nos conduzir, inelutavelmente, a finalmente considerar o tema da liberdade humana, que encontraria no mundo do trabalho e na *liberdade operária* o ponto de alavancagem para a libertação de toda a sociedade.

4. Considerações finais

Falamos até agora de conceitos, é verdade, mas igualmente falamos de política e de relações de poder. É que parece não fazer sentido realizar um trabalho, seja de investigação ou de assistência, sem que a consciência social do trabalhador da saúde esteja presente e indique que a ação prática que realiza deve estar voltada para a promoção do bem. Isto implica considerar questões tais como classes e diferenças sociais, eqüidade, justiça, direitos, acesso, possibilidades, capacidade de informação e de decisão, autonomia e vínculo, que os sujeitos dessa Saúde Coletiva elaboram incessantemente. Por isso, apenas afirmar a vida sem que se considere o que esta viria a ser é colocar o acessório em foco e esquecer o principal. Pois, de que vida – e de que bem – podemos falar se estamos aprisionados e se não podemos decidir do nosso próprio destino?

Concluindo esta explanação, devíamos ressaltar duas posições que podem ser deduzidas do material precedente. Primeiro, seria de observar que as práticas de saúde implicam a produção de cuidados. Podíamos falar em produção de cuidados médicos, de enfermagem, odontológicos etc. Devemos também falar da produção de cuidados coletivos. Há um modo de trabalhar nessas práticas que as diferenciam umas das outras. Sem dúvida, todos reconhecemos que o trabalho do enfermeiro não é o mesmo feito pelo pediatra. Esses profissionais não utilizam os mesmos meios nem as mesmas técnicas de trabalho. Em segundo lugar, devemos observar que o *problema* do enfermeiro não é o mesmo que o do pediatra. Portanto, podemos afirmar que então o modo de trabalhar em saúde é diferente segundo a qualificação do trabalhador e, mais, que o problema a ser enfrentado – ou a *teoria do problema* – é diferente para cada uma dessas categorias. De qualquer modo, embora diferentes, devem essas teorias ser subsumidas e ressignificadas pela saúde coletiva.

A produção do conhecimento em saúde coletiva guarda estreita relação com essas três categorias, a saber, a interdisciplinaridade, os projetos de sociedade e a produção de sentido. É por entre esses meandros que a pesquisa deve caminhar, e entre elas é que uma ética se desenvolve, floresce e se reproduz, porque a eticidade da pesquisa deve significar o desenvolvimento, florescimento e reprodução da consciência social do trabalhador científico.

Referências bibliográficas

COMTE, A. **Curso de filosofia positiva**. São Paulo: Abril Cultural, 1978.

DONNANGELO, M.C.F. A pesquisa na área da Saúde Coletiva – A década de 70. In: BUSS, P.M. (Org.). **Ensino da saúde pública, medicina preventiva e social no Brasil**. V.2. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1983. v.2. p.17-35.

DURKHEIM, É. **As regras do método sociológico**. São Paulo: Ática, 1988.

FOUCAULT, M. **La arqueología del saber**. Decimoprimer edición. México (DF): Sigloveintiuno Editores, 1985.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir: a história da violência nas prisões**. 9. ed. Petrópolis: Vozes, 1991.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec: Rio de Janeiro: Abrasco, 1992.

NUNES, E.D. A questão da interdisciplinaridade no estudo da Saúde Coletiva e o papel das Ciências Sociais. In: CANESQUI, A.M. (Org.) **Dilemas e desafios das ciências sociais na saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro; Abrasco, 1995. p.95-113.

PIAGET, J. **O estruturalismo**. São Paulo: Difel, 1970.

POINCARÉ, H. **O valor da ciência**. Rio de Janeiro: Contraponto, 1995.

ROSEN, G. A evolução da medicina social. In: NUNES, E.D (Org.) **Medicina social: Aspectos históricos e teóricos**. São Paulo: Global, 1983. p.25-82.

STERN, B.J. A saúde nas cidades e o primeiro movimento de saúde pública. In: NUNES, E.D (org.) **Medicina social: aspectos históricos e teóricos**. São Paulo: Global, 1983. p.83-94.

