



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**  
**INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

**MARCIA CRISTIANE CARVALHO CRUZ**

# **O CONCEITO DE CUIDADO À SAÚDE**

Salvador

2009

**MARCIA CRISTIANE CARVALHO CRUZ**

# **O CONCEITO DE CUIDADO À SAÚDE**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Comunitária.

Orientador: Prof. Dr. Naomar Monteiro de Almeida Filho

Salvador

2009

**MARCIA CRISTIANE CARVALHO CRUZ**

# **O CONCEITO DE CUIDADO À SAÚDE**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Comunitária.

**Aprovada em 01 de junho de 2009**

## **Banca Examinadora**

**Naomar Monteiro de Almeida Filho**

Orientador

**Jairnilson Silva Paim**

Universidade Federal da Bahia

Instituto de Saúde Coletiva

**Denise Maria Barreto Coutinho**

Universidade Federal da Bahia

Faculdade de Psicologia

CRUZ, Márcia Cristiane Carvalho. *O Conceito de Cuidado à Saúde*. 150 f. il. 2009. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009.

## RESUMO

Tanto no campo do conhecimento quanto no âmbito das práticas, o processo Saúde-Doença-Cuidado tem sido objeto de esforços no sentido de compreensão e formulação de modelos e formas de intervenção. A discussão, conceituação e operacionalização do ‘Cuidado à Saúde’ apresentam-se como desafios teóricos e práticos para a Saúde Coletiva e sua construção conceitual abre novos diálogos no campo do conhecimento, saberes e práticas em saúde configurando-se como objeto privilegiado de pesquisa. Mas, afinal, o que é ‘Cuidado à Saúde’? Objeto complexo alvo de diversas miradas, o ‘Cuidado à Saúde’ é abordado nesse estudo de modo a desvendar algumas de suas múltiplas facetas. Neste sentido, objetivamos examinar os usos, sentidos e significados do ‘Cuidado à Saúde’ no campo da Saúde Coletiva brasileira e identificar suas propriedades formais (o que pode ser descrito) e teóricas (o que pode ser inferido). O presente estudo, desenvolvido a partir de revisão bibliográfica utilizando material secundário da base de dados LILACS, compreende uma pesquisa exploratória de caráter descritivo buscando a elucidação do conceito ‘Cuidado à Saúde’, ainda pouco sistematizado e passível de várias perspectivas de compreensão. A partir da análise das concepções-noções-definições do Cuidado à Saúde encontradas nos Resumos das 710 publicações selecionadas, considerando seus pontos de convergência e divergência, construímos 03 categorias, relacionadas entre si, de modo a contribuir para a elaboração de novos sentidos concernentes ao entendimento e operacionalização do Cuidado à Saúde no campo da Saúde Coletiva. As referidas categorias foram nomeadas de Eixo 01 – Agentes, Eixo 02 – Contexto e Eixo 03 – Conceito. Estas foram subdivididas, respectivamente, em: 1) agentes da oferta de cuidados e agentes que demandam esses cuidados; 2) organização, modelo de atenção e gestão; 3) dimensão técnico-científica, dimensão subjetivo-relacional, dimensão sócio-política. A busca pela conceituação do ‘Cuidado à Saúde’ abre novos diálogos no campo de conhecimento, saberes e práticas da Saúde Coletiva de modo a contemplar a complexidade desse fenômeno social e humano e operar transformações na vida de indivíduos e populações.

**Palavras-Chave:** Saúde Coletiva; Cuidado à Saúde; Conceito.

CRUZ, Márcia Cristiane Carvalho. *The Concept of Health Care*. 150 pp. ill. 2009. Master Dissertation – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009.

## ABSTRACT

Both in the field of knowledge about the scope of practice, the health-disease-care has been the subject of efforts to understanding and formulation of models and forms of assistance. The discussion, conceptualization and operationalization of the 'Health Care' present themselves as theoretical and practical challenges for Public Health and its construction conceptual open new dialogues in the field of knowledge, skills and practices in health setting as a privileged object of research. But ultimately, what is 'to Health Care'? Object target of several complex views, the 'Health Care' is addressed in this study to unravel some of its many facets. Accordingly, we aimed to examine the uses, meanings and meanings of 'Health Care' in the field of Public Health Brazil and identify their formal properties (which may be described) and theoretical (which can be inferred). This study, developed from a literature review using secondary material from the LILACS database, includes a survey of descriptive character trying to elucidate the concept 'to Health Care', yet little systematic and open to various perspectives of understanding. From the analysis of concepts, definitions, concepts of the Health Care found in 710 abstracts of selected publications, considering their points of convergence and divergence, built 03 categories, linked so as to contribute to the development of new meanings concerning understanding and operationalization of the Health Care in the field of Public Health. These categories were named axis of 01 - Agents, axle 02 - Context and Axis 03 - Concept. These were subdivided, respectively, on: 1) the provision of care staff and agents who require such care, 2) organization, type of care and management, 3) technical-scientific dimension, subjective-relational dimension, socio-political dimension. The search for the concept of 'Health Care' opens new dialogues in the field of knowledge, skills and practices of Public Health to address the complexity of this phenomenon and operate social and human transformation in the lives of individuals and populations.

**Keywords:** Public Health, Health Care, Concept.

# SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>07</b>
<b>2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>14</b>
2.1. PARADIGMA.....	14
2.2. HERMENÊUTICA.....	22
2.3. CONCEITO.....	30
<b>3. METODOLOGIA.....</b>	<b>37</b>
3.1. BASE DE DADOS.....	37
3.2. BUSCA BIBLIOGRÁFICA.....	39
3.3. DESCRIÇÃO DO CORPUS ANALÍTICO.....	42
3.4. PLANO DE ANÁLISE.....	46
<b>4. ANÁLISE.....</b>	<b>52</b>
4.1. EIXO 01: AGENTES.....	52
4.2. EIXO 02: CONTEXTO.....	64
4.3. EIXO 03: CONCEITO.....	77
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>92</b>
<b>REREFÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>99</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>121</b>

# 1. Introdução

Situada no espaço de relações entre as ciências sociais, a vida cotidiana e as ciências naturais, a Saúde Coletiva não se constitui apenas como conjunto de campos disciplinares. É entendida atualmente como um campo interdisciplinar – e não propriamente como uma disciplina científica, uma ciência ou especialidade médica –, cujas disciplinas básicas são as ciências sociais em saúde, a epidemiologia e o planejamento e gestão em saúde. A emergência desse campo interdisciplinar na América Latina nos últimos 30 anos – e sua articulação com os movimentos pela democratização das formações sociais latino-americanas e de renovação da saúde pública institucionalizada – tem colocado em pauta a construção de um marco teórico-conceitual capaz de reconfigurar o campo social da saúde face às evidências de esgotamento do paradigma científico que tem sustentado, até então, seu campo científico e âmbito de práticas. (PAIM & ALMEIDA FILHO, 1998).

Como área do saber, a Saúde Coletiva fundamenta um âmbito de práticas transdisciplinar, multiprofissional, interinstitucional e transetorial envolvendo determinadas práticas que tomam como objeto as necessidades sociais de saúde, como instrumentos de trabalho os distintos saberes, disciplinas, tecnologias materiais e não materiais, e como atividades-intervenções centradas nos grupos sociais e no ambiente, independentemente do tipo de profissional e do modelo de institucionalização. Caracteriza-se como conjunto articulado de práticas técnicas, científicas, culturais, ideológicas, políticas e econômicas, desenvolvidas no âmbito acadêmico, nas

instituições de saúde, nas organizações da sociedade civil e nos institutos de pesquisa, informadas por distintas correntes de pensamento resultantes da adesão ou crítica aos diversos projetos de reforma em saúde. (DONNANGELO, 1976; PAIM, 1982; TEIXEIRA, 1985; PAIM & ALMEIDA FILHO, 1998).

Apesar de rigorosamente não constituir um paradigma<sup>1</sup>, a Saúde Coletiva, enquanto movimento ideológico comprometido com a transformação social, apresenta possibilidades de articulação com novos paradigmas científicos capazes de abordar o objeto Saúde-Doença-Cuidado respeitando sua historicidade e integralidade. Testa (1992) considera a Saúde Coletiva como uma prática social, uma construção histórica, propondo, portanto, o redimensionamento teórico da saúde como *campo de força* da produção científica e âmbito de aplicação da tecnociência. A possibilidade de redimensionar objeto, instrumentos de trabalho e atividades, considerando sua articulação com a totalidade social, reabre alternativas metodológicas e técnicas para pensar e atuar no campo da Saúde Coletiva. Desse esforço de reconstrução teórica, tem emergido no campo novos objetos de conhecimento e de intervenção.

Tanto no campo do conhecimento quanto no âmbito das práticas, o processo Saúde-Doença-Cuidado tem sido objeto de esforços no sentido de compreensão e formulação de modelos e formas de intervenção. A discussão, conceituação e operacionalização do Cuidado à Saúde apresentam-se como desafios teóricos e práticos para a Saúde Coletiva e sua construção conceitual abre novos diálogos no campo do

---

<sup>1</sup> Paradigma, na acepção Kuhniana, entendido como “realizações científicas universalmente reconhecidas que, durante algum tempo, fornecem problemas e soluções modelares para uma comunidade de praticantes de uma ciência.” (KUHN, 1998, p.13).



conhecimento, saberes e práticas em saúde configurando-se como objeto privilegiado de pesquisa.

Termo polissêmico e atravessado pelas concepções de saúde e doença, o conceito de Cuidado no campo da saúde indica um objeto complexo, não-linear, sintético, plural, emergente, multifacetado, alvo de diversas miradas e fonte de múltiplos discursos, extravasando os recortes disciplinares de ciência. O objeto complexo, metodologicamente, pode ser apreendido em múltiplos níveis de existência, dado que opera distintos níveis de realidade (ALMEIDA FILHO, 1997; 2000b). Para construí-lo como referente é preciso operações de síntese, produzindo modelos sintéticos; e para designá-lo apropriadamente é necessário o recurso à polissemia resultando do cruzamento de distintos discursos disciplinares (ALMEIDA FILHO, 1997).

Numa perspectiva epistemológica, a Saúde Coletiva constitui-se enquanto campo científico transdisciplinar e os fenômenos da Saúde-Doença-Cuidado como objetos de conhecimento com alto grau de complexidade, o que exige dos pesquisadores um tratamento sintético totalizante – uma síntese transdisciplinar – construído na prática transitiva dos agentes científicos<sup>2</sup>. Como condição de efetividade, tal prática deve ser capaz de dar conta desse objeto complexo por meio de totalizações provisórias, construídas por meio de uma prática cotidiana transversal dos sujeitos do conhecimento e operadas na concretude dos seus aparelhos cognitivos. Para uma abordagem eficiente

---

<sup>2</sup> Almeida Filho (1997) discute o perfil desses novos operadores transdisciplinares da ciência apontando-os como mutantes metodológicos, sujeitos prontos para o trânsito interdisciplinar, transversais, capazes de transpassar fronteiras, à vontade nos diferentes campos de transformação, agentes transformadores e transformantes com formação anfíbia, passando por etapas sucessivas de treinamento-socialização-enculturação em distintos campos científicos.

da complexidade dos objetos e conceitos que constituem a Saúde-Doença-Cuidado, visando a uma efetiva transformação dos processos, fenômenos, eventos e questões que conformam o chamado setor saúde, novas estratégias de práxis social precisam ser criadas e implementadas de modo a viabilizar sínteses transdisciplinares dos objetos da complexidade – apesar de parciais e provisórias. No campo da Saúde Coletiva, a transdisciplinaridade comparece como uma abordagem alternativa para a produção de conhecimento, a intersectorialidade se apresenta como estratégia de solução para os problemas do campo de práticas sociais e o paradigma da complexidade como um possível marco teórico-conceitual nas ciências da saúde na contemporaneidade. (ALMEIDA FILHO, 1997; 2000a; 2000b; 2004; 2005).

Não que o paradigma da complexidade seja uma forma apenas mais eficiente de explicação de fenômenos conhecidos, mas porque se trata também de uma abertura da ciência a fenômenos antes excluídos pelos antigos paradigmas e que se apresentam como uma nova família de objetos científicos simultaneamente fronteirços, híbridos, mestiços e complexos, os *trans-objetos* (ALMEIDA FILHO, 2000a; 2004).

A teoria da complexidade traz à cena a produção e o estudo de novos objetos – objetos complexos que não se subordinam a nenhuma aproximação meramente explicativa e que nem por isso mereceriam ser excluídos do campo de visão da ciência justamente por serem indisciplinados. (ALMEIDA FILHO, 2005, p. 38).

O paradigma da complexidade implica novas definições do campo de estudo de objetos dessa classe e busca não apenas explicar, mas sobretudo compreender. De modo mais preciso, propõe não somente produzir a descrição rigorosa, a classificação precisa, mas também a compreensão de uma dada questão científica provocada por necessidades que se expressam sob a forma de demandas e problemas abordando as especificidades e

os enigmas dos eventos, processos e fenômenos na natureza, na história e na sociedade enquanto síntese provisória de múltiplas determinações. (ALMEIDA FILHO, 1997; 2003).

Na era da ciência e da técnica, em nenhum outro lugar os progressos da pesquisa contemporânea adentram tanto o campo de tensão sociopolítico de nosso tempo como na problemática geral que se coloca sobre aspectos do Cuidado à Saúde. Essa problemática se inscreve em preocupações epistemológicas e metodológicas já compartilhadas, participa de teorias conhecidas, relaciona-se com outros assuntos de pesquisa e apresenta potencial de dividir seus resultados com outros em uma perspectiva de ampliação do saber; aspectos que tipicamente representam ganhos para a pesquisa, para o pesquisador e para o processo de produção do conhecimento.

Diversos são os usos, sentidos e significados do termo *cuidado* e a sua conceituação e operacionalização apresentam-se como grande desafio teórico e prático no campo da Saúde Coletiva. Tal desafio gera questões cruciais: Quais as noções de ‘cuidado à saúde’ que vêm sendo utilizadas no campo da Saúde Coletiva brasileira? Que autores refletiram teoricamente e o que se escreveu sobre esse tema? Quais os pontos de convergência e divergência nas diversas análises e aplicações? Será que seus usos e significados autorizam-nos a considerar o Cuidado à Saúde como conceito?

Afinal, o que é cuidado à saúde? O que é isto, o cuidado à saúde? Essas são perguntas por um conceito. Conceito enquanto:

Idéia geral e abstrata sob a qual podemos reunir objetos. (JAPIASSU & MARCONDES, 1991)

Aquilo que é comum a todos os termos gerais usados do mesmo modo. (TÜGENDHAT, 1996)

Uma busca por seus diversos campos de constituição e de validade, a de suas regras sucessivas de usos, dos meios teóricos múltiplos em que prosseguiu e se acabou sua elaboração. (FOUCAULT, 2004a)

Aquilo que em se dizendo se nomeia. (HEIDEGGER, 1989)

Neste sentido, o presente estudo compreende uma pesquisa exploratória de caráter descritivo buscando a elucidação do conceito Cuidado à Saúde, ainda pouco sistematizado e passível de várias perspectivas de compreensão. O nosso objetivo geral e ampliado, portanto, implica examinar os usos da noção de cuidado à saúde no campo da Saúde Coletiva, buscando identificar suas propriedades formais (o que pode ser descrito) e teóricas (o que pode ser inferido). Os objetivos específicos derivados constituem etapas ou passos metodológicos do estudo, conforme segue:

- ✓ Identificar as concepções-noções-definições do Cuidado à Saúde apresentados por autores do campo da Saúde Coletiva brasileira.
- ✓ Relacionar a diversidade de usos, sentidos e significados das concepções-noções-definições concernentes ao Cuidado à Saúde, que ora se apresentavam de forma explícita, ora estavam implícitas.
- ✓ Agregar os diversos usos, sentidos e significados das concepções-noções-definições do Cuidado à Saúde encontrados considerando convergências e

divergências, pontos de aproximação e de distanciamento vis à vis marcos teóricos específicos.

- ✓ Construir uma categorização do conceito de Cuidado à Saúde e, a partir das possíveis combinações entre elementos, elucidar variáveis e atributos pertinentes ao cuidado à saúde e contribuir para a elaboração do conceito.

## 2. Fundamentação Teórica

### 2.1. Paradigma

Como vimos na Introdução, a construção do conceito de Cuidado à Saúde constitui importante desafio no campo da Saúde Coletiva. Neste sentido, abre novos diálogos nos espaços de articulação entre conhecimentos, saberes e práticas configurando-se como objeto privilegiado de pesquisa em saúde. Os fenômenos humanos, sociais e da saúde são processos complexos e constituem-se enquanto fenômenos multideterminados, multidimensionais e em interação com o seu contexto, resultados de conflitos e contradições, em processo ininterrupto de transformação, e sempre articulados a interesses, sentidos e significações múltiplas. A compreensão de base científica desse complexo de temas, questões e objetos enquadra-se num sistema ou conjunto articulado de referências lógicas, epistemológicas, teóricas e metodológicas que, numa perspectiva sócio-histórica contemporânea das ciências, tem sido designado como *paradigma*.

Thomas Kuhn (1998) caracteriza a ciência normal, atividade que consiste em solucionar *quebra-cabeças*, como um empreendimento que tenta forçar a natureza a encaixar-se dentro dos limites estabelecidos e relativamente inflexíveis fornecidos pelo paradigma e a pesquisa científica normal como dirigida à articulação dos fenômenos e teorias já fornecidos pelo paradigma. A existência dessa sólida rede de compromissos ou adesões – conceituais, teóricas, metodológicas e instrumentais – é uma das fontes

principais da metáfora utilizada pelo autor para relacionar a ciência normal à resolução de enigmas.

A ciência normal, ao procurar formular uma visão explicativa e preditiva de mundo cada vez mais sistematicamente organizada, não se propõe descobrir novidades no terreno dos fatos ou teorias; entretanto, fenômenos novos e insuspeitados são periodicamente descobertos pela pesquisa científica (KUHN, 1998; 2006). Temos, assim, não somente novas formas para referenciar os mesmos velhos objetos, mas objetos radicalmente novos de fato, realmente emergentes.

Não obstante, um paradigma, conforme Kuhn (1998), pode afastar uma comunidade científica dos problemas sociais relevantes que não são redutíveis ao seu *quebra-cabeça*, tendo em vista que não podem ser enunciados nos termos compatíveis com os instrumentos e conceitos proporcionados pelo referido paradigma, de modo a restringir a realidade social ao que pode ser observado e pesquisado apenas sob a perspectiva dominante no paradigma.

Com a aproximação entre a ciência e as *humanidades*, a distinção dicotômica entre ciências naturais e ciências sociais tem deixado de ter sentido e utilidade e o regresso do sujeito investe-se da tarefa de fazer erguer sobre si uma nova ordem científica (SOUSA SANTOS, 1995) com categorias epistemológicas próprias, novos modelos teóricos e novas formas lógicas de análise. Ao contrário da abordagem reducionista da ciência moderna, o paradigma da complexidade tem como pressuposto de base o respeito aos processos concretos da natureza, da sociedade e da história, produzindo novas metáforas necessárias para compreender e superar o distanciamento entre o mundo natural e o mundo histórico-social (ALMEIDA FILHO, 2005). Ademais,

a ciência, que procura reconhecer tudo o que possa ser viabilizado pelos seus meios metodológicos legitimados paradigmaticamente, confronta-se, de maneira especial, com os temas relativos ao *ser humano* (GADAMER, 2006), com seus modos de produção, de vida, de saúde e as relações respectivas com a natureza e com a cultura.

Sob o ponto de vista teórico e metodológico, a Saúde Coletiva como objeto de estudo encontra-se em construção (MINAYO, 1993). Situada na confluência de diversas disciplinas, as pesquisas e práticas na Saúde Coletiva deparam-se com o debate em torno da suposta oposição entre paradigmas qualitativos e quantitativos. Os termos quantitativos e qualitativos remetem para além das técnicas utilizadas na coleta ou geração de informações (BOSI & MERCADO, 2004), constituindo-se como paradigmas na acepção de Kuhn (1998), ou seja, um conjunto de suposições interligadas e relativas ao mundo social, proporcionando referencial filosófico para o estudo organizado deste mundo. Ou ainda, conforme Morin (1998), o paradigma como aquilo que está no princípio da construção das teorias, o núcleo obscuro que orienta os discursos teóricos neste ou naquele sentido.

Na literatura pertinente, encontramos discursos que apontam tanto para a compatibilização de diversas ordens entre os dois referenciais (COOK & REICHARDT, 1997; MERCIER, 1997; MORIN, 1998; GENDRON, 1996; HALDEMANN & LEVY, 1996), como autores que advogam a incompatibilidade paradigmática dos mesmos (GUBA & LINCOLN, 1989).

Essa discussão do quantitativo versus qualitativo tem sua origem nas diferentes formas de perceber a realidade e nada se ganha com essa dicotomia na pesquisa em Saúde Coletiva. A polêmica quantitativo versus qualitativo, objetivo versus subjetivo,



realismo versus idealismo, não pode ser assumida simplistamente como uma opção pessoal do cientista ao abordar a realidade (MINAYO, 1993). Trata-se de uma questão crucial para a filosofia da ciência e para a guerra de palavras ainda hoje em curso entre, de um lado, aqueles que afirmam os valores realistas da verdade, da objetividade e do progresso científicos, e, de outro, aqueles que consideram que essas afirmações são mera *cortina de fumaça* com a qual se pretende esconder e preservar o *status quo* sociocultural (NORRIS, 2007).

O debate entre realismo e anti-realismo fundamentalmente se desenvolve em torno do desacordo básico entre, de um lado, conceber o valor de verdade das proposições como epistemicamente condicionado, ou, de outro, concebê-lo como determinado por fatores objetivos inteiramente independentes do alcance e dos limites do nosso melhor conhecimento, evidência ou das nossas melhores capacidades de apreensão conceitual.

Guba & Lincoln (1989) defendem a idéia de que as questões ontológicas<sup>3</sup>, questões epistemológicas<sup>4</sup> e questões metodológicas<sup>5</sup> estão interligadas entre si e são essencialmente distintas nos paradigmas quantitativos e qualitativos. A perspectiva quantitativa e as ciências relacionadas a esse paradigma baseiam-se em uma ontologia realista que pressupõe a existência de uma realidade independente do observador e de seus interesses, regida por leis naturais da qual será extraído o conhecimento; a epistemologia, neste paradigma, é dualista, calcada na objetividade da relação sujeito-

---

<sup>3</sup> Referentes à constituição e estrutura da natureza da realidade social.

<sup>4</sup> Relativas às condições e limites estruturais que sustentam o processo de conhecimento, a relação entre sujeito e objeto e a origem, limites e natureza do conhecimento humano.

<sup>5</sup> Concernentes às condutas ou regras a serem seguidas para analisar ou compreender o objeto.

objeto; e a metodologia é pouco permeável ao contexto e busca estabelecer o objeto em sua essência. O paradigma predominante nas abordagens qualitativas fundamenta-se numa perspectiva ontológica relativista, que considera a existência de múltiplas realidades socialmente construídas, não governadas por leis naturais. Neste caso, a ‘verdade’ é definida a partir de consensos. A epistemologia, neste paradigma, considera a interação e reconstrução mútua entre objeto, investigador e realidade; e a metodologia a ser utilizada pode ser a hermenêutica<sup>6</sup>, envolvendo contínua e dialética interação, análise, críticas e novas análises.

A idéia de um abismo profundo entre as duas tradições tem sua fonte na concepção estritamente positivista do método científico, cujo desfecho reativo foi precisamente o desvio na direção de concepções da verdade como relativa a algum dado paradigma, jogo de linguagem, discurso ou esquema conceitual (DUMMETT, 1978). Daí resulta, conforme Norris (2007), a noção generalizada de que a ‘verdade’ científica é sempre relativa a um dado sistema de crenças cultural e que o sistema é determinado por um conjunto dado de interesses, valores ou diferenciais de poder-saber sociopolíticos o que gera sérios problemas para quem deseja ter uma compreensão racional dos procedimentos científicos de descoberta, mesmo de um ponto de vista fortemente cultural ou sócio-histórico.

Enfim, a dicotomia quali-quantitativa que se estabelece na prática, de um lado, deixa à margem relevâncias e dados que não podem ser contidos em números, e de outro lado, às vezes contempla apenas os significados subjetivos, omitindo a realidade estruturada

---

<sup>6</sup> Como enfatizado por Gadamer (1997a), a hermenêutica não deve ser considerada uma metodologia no sentido cartesiano, mas uma postura interrogativa que se aplicaria fundamentalmente ao estudo de textos.

(MINAYO, 1993). A oposição entre qualitativo e quantitativo produziu, dentro do campo da Saúde Coletiva, não só clivagens às vezes difíceis de superar, mas que também podem barrar o avanço da organização desse campo de conhecimento perante outros campos disciplinares da ciência.

Na perspectiva de superar essa falsa oposição, podemos substituí-la por categorias mais operacionais e pragmáticas, capazes de viabilizar a tão desejada integração metodológica, tanto no aspecto logístico quanto heurístico da pesquisa em saúde. Tais categorias serão úteis até no sentido de construção necessária de uma epistemologia pragmática dentro do realismo; um realismo que considere a investigação científica como um processo de produção de um produto – o conhecimento científico – de fato socialmente útil. Conforme Almeida Filho (2003), esse é o momento de consolidar para que não haja fragmentação – isso porque o objeto *saúde* não merece nem suporta fragmentação –, bem como para que o campo da Saúde Coletiva não se enfraqueça perante outros campos científicos ao se subordinar às lógicas predominantes nesses outros campos.

Há múltiplas possibilidades metodológicas de abordagem dessa questão: ao se desenvolver uma proposta de investigação ou até mesmo no desenrolar das etapas de uma pesquisa, podemos reconhecer a conveniência e a utilidade dos métodos disponíveis, face ao tipo de informações necessárias para se cumprirem os objetivos do trabalho. O reconhecimento da complexidade, coerência e articulação interna entre os componentes dos paradigmas quantitativo e qualitativo não significa considerá-los incompatíveis de maneira absoluta. Conforme Norris (2007, p.120), “precisamos desarmar a gangorra dualista!”

Assim, uma vez definida a finalidade da pesquisa e, conforme o caso, percebendo a pertinência de valer-se da integração entre os dois referenciais, pode-se operar a partir da premissa de que um deles cumprirá o papel de subsidiário do outro, com um referencial maior e determinante, calcado no modo de conceber a realidade, na relação sujeito-objeto e na própria finalidade da ciência. Será sempre uma integração avessa à fusão, muito mais próxima da alegoria da imbricação: referenciais distintos podem ser dispostos de modo que só em parte sobreponham-se um ao outro. Essa síntese não visa uma ciência unificada nem sequer uma teoria geral, mas somente um conjunto de *galerias temáticas* onde convergem linhas de pesquisa que têm sido concebidas para objetos teóricos estanques (SOUSA SANTOS, 1995).

O problema que enfrenta a etapa mais recente das *guerras da ciência*, como ocorre com o velho debate envolvendo as *duas culturas*, é que ela gerou uma atitude de mútua hostilidade e franca recusa, de ambos os lados, a admitir qualquer abordagem moderadora que procure desfazer o conflito entre elas (NORRIS, 2007). No plano geral das ciências contemporâneas, avanços metodológicos e tecnológicos têm produzido novos modelos teóricos da realidade, melhorando significativamente a capacidade humana de entender os processos físicos, biológicos, históricos, políticos e culturais (ALMEIDA FILHO, 2000c). Mesmo considerando a questão referente a interesses de classe, pressões políticas, formações ideológicas e construção social do conhecimento, a idéia da ciência como um empreendimento de busca da *verdade* que tem os seus próprios padrões específicos de justificabilidade racional continua na pauta da discussão dos processos de construção do conhecimento indiferente a qualquer questão sobre verdade objetiva ou falsidade. Para obter o conhecimento, não empreendemos uma busca desestruturada de pedaços aleatórios de informação, mas sempre procedemos a

uma busca estruturada de *verdades* significativas. Alguns conhecimentos são considerados mais importantes do que outros, em virtude do seu poder explicativo, dos vínculos com outros tipos de conhecimento, da sua utilidade e daquilo que revelam sobre o mundo.

Os conhecedores humanos não são simples acumuladores de fatos, mas, antes de mais nada, são teorizadores; a meta fundamental é a compreensão (MOSER, MULDER & TROUT, 2004). A ciência é, antes de tudo, compreensão e conhecimento, o que é em si mesmo um valor. Como a arte e seu objetivo de expressar significações, a ciência mantém e cultiva um núcleo profundo de busca do conhecimento, de uma representação simbólica coerente (ou de um conjunto de tais representações), o que lhe assegura, mesmo que de modo provisório, uma visão inteligível do mundo (PATY, 2002).

O *conhecimento pós-moderno*, conforme Sousa Santos (1995), sendo total, não é determinístico, sendo local, não é descritivista: é um conhecimento sobre as condições de possibilidade da ação humana projetada no mundo a partir de um espaço-tempo local. Um conhecimento desse tipo é relativamente imetódico, constitui-se a partir de uma pluralidade metodológica. Cada método conforma uma linguagem e a realidade responde na língua que é perguntada. Só uma constelação de métodos pode captar o silêncio que persiste entre cada língua que pergunta. Numa fase de revolução científica como a que atravessamos, essa pluralidade de métodos só é possível mediante transgressão metodológica.

A ciência dita *pós-moderna* não segue um estilo unidimensional, facilmente identificável; o seu estilo é influenciado por uma configuração de estilos construída segundo o critério e a imaginação pessoal do cientista. Divergindo de uma atitude de

vale-tudo em termos de produção de conhecimento científico, a metodologia – caminho e instrumental próprios de abordagem da realidade – inclui as concepções teóricas de abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitam a apreensão da realidade e também o potencial criativo do pesquisador (MINAYO, 1993; SOUSA SANTOS, 1995).

O campo da Saúde Coletiva é considerado um fenômeno social de alta significação e traz consigo uma carga histórica, cultural, política e ideológica que não pode ser contida apenas em formas numéricas ou em dados estatísticos (MINAYO, 1993). Tendo em vista que não se caracteriza apenas como um objeto de natureza mensurável, mas se refere principalmente a seres humanos vivos, o Cuidado à Saúde configura-se como um objeto de elevado interesse hermenêutico. O uso de dispositivos heurísticos (conceitos, modelos, teorias, protocolos), característicos da esfera do conhecimento, tem se mostrado cada vez mais eficiente para lidar com a complexidade e a emergência dos novos objetos científicos e tecnológicos, assim como para a construção de um marco referencial (fundamentos, definições, conceitos, modelos) que implica rigor e consistência no uso dos termos e conceitos no campo da Saúde Coletiva (ALMEIDA FILHO, 2003).

## **2.2. Hermenêutica**

A hermenêutica, a arte da compreensão, desempenha atualmente um papel importante em muitas áreas do saber e, de acordo com Gadamer (2006), ela é

importante quando a simples aplicação de regras não basta – argumento válido para toda a esfera da vida e de experiência do convívio humano.

A palavra *hermenêutica* designa genericamente “a arte e a ciência da interpretação” (RUNES, 1985). Derivado do nome do deus grego Hermes – o mensageiro dos deuses que traduzia as mensagens do Olimpo para os mortais, a quem os gregos atribuíam a origem da linguagem e da escrita e consideravam o patrono da comunicação e do entendimento humano –, o termo *hermenêutica* originalmente exprimia a compreensão e a exposição de uma sentença *dos deuses*, a qual precisa de uma interpretação para ser apreendida corretamente. Proveniente do verbo grego *hermēneuein*, o termo hermenêutica significa *declarar, anunciar, interpretar, esclarecer* e, também, *traduzir*. Significa que alguma coisa é *tornada compreensível ou levada à compreensão*. O termo *hermenêutica* também deriva do grego *ermēneutikē* que significa *ciência, técnica* que tem por objeto a interpretação de textos religiosos ou filosóficos, especialmente das Sagradas Escrituras; *interpretação* do sentido das palavras dos textos; *teoria, ciência* voltada à interpretação dos signos e de seu valor simbólico.

A história da formação da hermenêutica, enquanto arte e técnica de interpretação de textos, começa com o esforço dos gregos para preservar e compreender os seus poetas e desenvolver-se na tradição judaico-cristã de exegese das Sagradas Escrituras. Para Schleiermacher (1999), a hermenêutica não visa o saber teórico, mas sim o uso prático, isto é, a práxis ou a técnica da boa interpretação de um texto falado ou escrito e define-a como a "reconstrução histórica e divinatória, objetiva e subjetiva, de um dado discurso" (p. 32). Trata-se aí da *compreensão*, que se tornou desde então o conceito

básico e a finalidade fundamental de toda a questão hermenêutica. A hermenêutica configura-se a partir de práticas e referenciais teóricos significativamente distintos, mas que têm em comum o sentido lato de interpretação e compreensão.

Heidegger (1995), em sua análise da compreensão, argumenta que toda compreensão apresenta uma estrutura circular e toda interpretação, para produzir compreensão, deve já ter compreendido o que vai interpretar. A filosofia hermenêutica iniciada por Heidegger, e sustentada por Gadamer, parece se impor diante das frustrações de uma teoria hermenêutica que pretende suprimir o caráter subjetivo das interpretações, visto que dada a significância do texto (o que significa para um intérprete) e dado o significado original do texto (seu sentido próprio), o primeiro condiciona sempre o segundo, que é deste modo inalcançável.

Dessa problemática surge o círculo hermenêutico que representa a projeção do sentido atribuído pelo intérprete ao texto, que resiste ou confirma, segundo o intérprete, impondo uma reciclagem da interpretação, até a fusão de horizontes entre autor e intérprete do texto. Esta concepção põe de lado uma noção de método ou cânon a ser seguido, pois cada situação de interpretação põe em diálogo um intérprete e um texto, e a compreensão alcançada só pode ser descritiva e não prescritiva, donde diferentes pontos de vista são aceitáveis e apenas atestados; aqui o texto supera seu autor.

Para Gadamer (1997a), são o presente e seus interesses que interpelam o investigador. Assim, é o presente e suas questões não compreendidas, elevadas à forma de pergunta, que fazem possível o destaque do objeto<sup>7</sup>. O pesquisador então volta sua

---

<sup>7</sup> O conceito de *destaque do objeto* de estudo não amputa o objeto de suas condições de produção, pois aquilo que é destacado ressalta ao mesmo tempo aquilo do qual se destaca (GADAMER, 1997a).



atenção para o passado e as tradições, sendo que o objeto de estudo se destaca na fusão desses dois horizontes (passado-presente). Conforme Gadamer (2000), o problema da aplicação está sempre, e desde o começo, definido pelo objeto. Para a metodologia gadameriana, o destaque do objeto já opera uma aplicação, pois é no contexto desta última que se faz possível seu destaque.

Foi a partir das reflexões de Heidegger que Gadamer retomou a hermenêutica sobre novas bases, unificando no ser humano a realidade histórica e sua interpretação. Enuncia-se assim a hermenêutica contemporânea, de natureza filosófica. Uma hermenêutica filosófica aplicável às temáticas da filosofia, das ciências humanas e das ciências da natureza. O universal de toda hermenêutica, conforme Gadamer (2006) consiste na arte de podermos ouvir-nos uns aos outros e a força de poder escutar o outro – isso é o novo, que envolve e suporta nosso pensamento e nossa razão.

Assim, a hermenêutica não é apenas uma disciplina auxiliar que representa importante ferramenta metodológica adicional para muitas disciplinas; estende-se ao âmago da filosofia, a qual não é apenas pensamento lógico e pesquisa metódica, mas também obedece sempre à lógica do diálogo. O pensamento é o diálogo da mente consigo mesma. Compreender o incompreensível, e compreender especialmente aquilo que quer ser compreendido, envolve o todo de nossa capacidade de reflexão que, nas religiões, na arte e na tradição histórica, sempre coloca à disposição novas respostas e, com cada resposta, provoca novas questões. Isso, de acordo com Gadamer (2006), é hermenêutica enquanto filosofia.

---

Além de Gadamer, os italianos Emilio Betti e Luigi Pereyson, os franceses Paul Ricoeur e Jacques Derrida, e os alemães J. Habermas e Karl Otto-Apel abrem também seus próprios caminhos na reflexão contemporânea sobre a hermenêutica. As diferentes linhas de produção em torno da hermenêutica podem ser agrupadas ao menos em três grandes grupos que guardam entre si muitos pontos de contato: a teoria hermenêutica, a filosofia hermenêutica e a hermenêutica crítica (BLEICHER, 1992).

Primeira acepção de hermenêutica, a teoria hermenêutica é originária dos movimentos do Renascimento e da Reforma e trata-se de uma série de princípios e procedimentos metódicos para a interpretação de obras não contemporâneas organizada em três grandes áreas: a exegese dos textos bíblicos, o trabalho filológico da interpretação de obras clássicas e a adequada interpretação e aplicação jurídica do espírito das leis. Schleiermacher (1999) unificou as diversas hermenêuticas regionais em uma única ciência e arte da compreensão em geral, ampliando o escopo da hermenêutica da condição de simples técnicas interpretativas a uma filosofia, um modo de compreender a existência.

Também registramos a contribuição de Wilhelm Dilthey na medida em que expandiu a teoria hermenêutica de um ramo do conhecimento à condição de fundamento epistemológico de todo conhecimento objetivo dos fenômenos humanos. Conforme Dilthey (1980), as ciências humanas, diferentemente das ciências naturais, seriam sempre reflexivas, ou seja, o seu objeto de estudo inclui seu sujeito e, por isso mesmo, influencia e é influenciado diretamente por ele, ao modo de um autoconhecimento. Assim, propunha não lutar contra estas *interferências*, como acontecia nas ciências naturais, mas, ao contrário, tirar as conseqüências lógicas e metodológicas dessa

inevitável circularidade histórica do conhecimento humanístico que identifica e atribui significados e experiências das quais derivam suas possibilidades mesmas de identificar e significar. Desta maneira, confere consistência e validade epistêmica para os processos (auto)compreensivos que dão *objetividade* aos fenômenos humanos.

A filosofia hermenêutica, outro movimento de ampliação da hermenêutica e que a conduziu a suas feições contemporâneas, consiste numa reflexão metadiscursiva que funda na linguagem a compreensão não apenas das obras humanas, mas das próprias realidades humanas. Essa proposição baseia-se na proposição de Heidegger (1995) de que a compreensão, em sua circularidade e reflexividade, não é apenas um modo de se conhecer o humano, mas o próprio modo de ser humano – ser é compreender-se. A hermenêutica filosófica incorpora uma série de princípios, conceitos e procedimentos oriundos da teoria hermenêutica, mas rompe radicalmente com sua aspiração objetivista, expandindo suas pretensões de universalidade do campo epistemológico, onde Dilthey originalmente a circunscrevera, até uma dimensão ontológica (GADAMER, 1997a). Embora Gadamer, principal teórico da hermenêutica filosófica, indique claramente suas implicações para a epistemologia e o método científico, especialmente para as ciências humanas, ele não trata a hermenêutica como uma metodologia, mas entende-a como uma atitude filosófica, uma compreensão que conforma e sustenta procedimentos cognitivos de modo geral.

A hermenêutica crítica, também chamada de crítica dialético-hermenêutica, designa proposições que atribuem à hermenêutica essa tarefa compreensiva fundamental, mas que enxergam limites na positividade lingüística para fundamentar uma interpretação efetivamente emancipadora dos fatos humanos, reclamando o

movimento negador da crítica como elemento reconstrutivo dos discursos e de seu sentido prático (HABERMAS, 1987b; APEL, 1985). Compartilha com a hermenêutica filosófica, nos seus traços mais fundamentais, o modo como esta entende a possibilidade de acesso cognitivo aos fenômenos humanos – o círculo da compreensão, a reflexividade, a conexão entre interpretado e intérprete –, mas divergem no modo como enxergam as vocações e meios da hermenêutica nos processos concretos de conhecimento.

A hermenêutica filosófica e a hermenêutica crítica não são excludentes entre si (MINAYO, 2002) e, quando se trata de refletir sobre as tecnociências, seus pontos de convergência são mais expressivos do que os de divergência. Elas caracterizam-se pela profunda rejeição da redução instrumental da racionalidade contemporânea, buscando resistir ao caráter fragmentário e auto-regulado a ela impresso pelo tecnicismo e reconciliar o conhecimento com seu sentido ético, moral e político (STEIN, 1987). A mais marcante contribuição de ambas é o compromisso com o resgate crítico do caráter histórico e social de qualquer conhecimento, inclusive o tecnocientífico.

Numa posição de certa forma intermediária entre a hermenêutica filosófica e a hermenêutica crítica, a hermenêutica de Ricoeur não se ocupa tanto da elucidação das tradições discursivas e dos fundamentos do compreender, como a filosofia hermenêutica, nem da crítica às deformações ideológicas que determinadas configurações discursivas reproduzem nas interações sociais e dos pressupostos comunicacionais dessas interações. A hermenêutica fenomenológica de Ricoeur ocupa-se, fundamentalmente, do modo como sistemas interpretativos elucidam-se mutuamente ao colocar-se em conflito na sua atualidade. Ricoeur confere à análise estrutural de um

discurso um acesso importante a um sistema interpretativo que, segundo ele, só se deixa elucidar por essa via.

A análise estrutural dos discursos, inspirada na fenomenologia de Husserl, é que permite a uma tradição autenticamente *falar de novo*. Mas é o olhar para o futuro, desde os sistemas lingüísticos que buscam responder a interesses emancipatórios de aqui e agora, que permite a apropriação hermenêutica de uma tradição, numa legítima fusão de horizontes. Sobre uma base hermenêutica, Ricouer produz, portanto, uma produtiva síntese entre estruturalismo e fenomenologia, entre explicação e compreensão, entre mergulho numa tradição discursiva e sua apropriação crítica. Se a análise estrutural é que faz autenticamente ouvir uma tradição, é a compreensão hermenêutica que dá inteligibilidade ao que ela diz, fazendo com que fale *para nós*, e permitindo reconstruir interpretações, linguagens, formas de ser e de interagir. (RICOUER, 1990; 1997)

O grande desafio de Ricouer é reconciliar, arbitrar ou praticar uma mediação entre as partes e o todo, o sujeito e seu objeto, a doação e a apropriação, o método e a verdade, o signo e a significação, o distanciamento e o pertencimento, a explicação e a compreensão, a crítica e a convicção etc. A idéia de uma passagem da reflexão abstrata à reflexão concreta é própria do projeto hermenêutico de Ricouer. Uma passagem pela abstração, embora indispensável para toda forma de objetivação, é só um desvio obrigatório em direção à apropriação do sentido. A hermenêutica é uma fase da apropriação do sentido, uma etapa entre a reflexão abstrata e a reflexão concreta; é uma retomada do pensamento sobre o sentido, em suspenso na simbólica. O desafio ricoeuriano será superar a circularidade da linguagem em direção ao ser. A aposta do hermeneuta não é nada menos que a via longa de uma compreensão do ser do homem

pela exegese paciente e fiel da linguagem simbólica. Entre a crítica hermenêutica e a apropriação fiel, há um desafio que deve se transformar pouco a pouco em um longo desvio da compreensão ontológica da linguagem simbólica.

Compreender um texto, conforme Ricoeur (1997), é seguir seu movimento do sentido à referência, do que ele diz àquilo sobre o qual ele fala, é encadear um novo discurso no discurso do texto. O processo de compreensão se torna uma autêntica via longa, um arco que coloca a compreensão no termo de uma mediação pela análise dos signos. Não há reflexão sem meditação sobre os signos e também não há explicação sem a compreensão do mundo e de si mesmo. Uma aproximação hermenêutica pode possibilitar o reconhecimento de diversos interesses e resistências que se colocam em determinado campo de interações, estabelecendo novas possibilidades para sua ressignificação e reconstrução. Temos como tarefas reconstrutivas da hermenêutica a sua aplicação como um recurso metadiscursivo e uma reflexão que se debruça sobre os discursos já operantes na saúde como princípio e atitude propiciadores da construção de novos discursos.

### **2.3. Conceito**

A hermenêutica, enquanto filosofia, não é qualquer disputa de métodos com outras ciências, teorias das ciências ou coisas que tais, senão um modo de mostrar que – e isso ninguém pode negar – em cada momento que pomos nossa razão a trabalhar, não fazemos apenas ciência. Sem levar a falar os conceitos, sem uma língua comum, não podemos encontrar palavras que alcancem o outro. O caminho vai da palavra ao

conceito – mas precisamos chegar do conceito à palavra, se quisermos alcançar o outro. (GADAMER, 2000, p. 47).

O trânsito entre os conceitos e entre estes e as linguagens não conceituais – as palavras altamente significativas de nossa linguagem cotidiana – segundo a hermenêutica, é o que faz a razão humana manifestar-se mais plenamente na sua condição emancipadora. De acordo com Gadamer (1997a; 2000), não devemos ir somente da palavra ao conceito, mas também do conceito à palavra, isto é, o que essa “palavra” representa para o todo, para o outro, para mim e isso sempre num gesto de empatia, colocando-se no lugar do outro. Então há sentidos e sentidos, como numa busca de diálogo em procura da compreensão desses sentidos (conceitos). Eis a virtude e a tarefa da hermenêutica para Gadamer: dialogar na busca da compreensão; diálogo entre o ser e o ser, e entre o ser e o *outro* (outro ser, o conhecimento, o mundo etc). Enfim, um diálogo constante em busca do pensamento conceitual, que pode trazer novas vozes ao campo da saúde.

No modo que cada cientista analisa seu objeto, seja em qualquer área do conhecimento, há algo, um elo que as liga e que mantém um equilíbrio entre a medida certa, o método, a ciência. O objeto, por possuir parte material e *espiritual* não pode ser medido, conforme Gadamer (1997a), de uma única forma e nem somente o lado material.

Para Platão (1994), há dois modos de medir as coisas e ambos são imprescindíveis: um é medir com uma *régua* (método científico), a fim de torná-los disponíveis e domináveis; o outro consiste em alcançar a medida interna da coisa, adequando-o a ele mesmo. Dessa forma, o ponto de equilíbrio não se posiciona em

extremos: nem da total separação entre sujeito e objeto, nem do envolvimento exagerado que compromete a neutralidade científica. A busca desse ponto de equilíbrio é a tarefa da hermenêutica pois, segundo Gadamer (1997a), esse equilíbrio é compreender. E compreender consiste num caminhar constante, de ida e volta, entre o ser, ele mesmo e o outro, isto é, entre a palavra e o conceito e vice-versa. Contudo, compreender não é, de todo caso, estar de acordo com o que ou quem se compreende; significa que eu posso pensar e ponderar o que o outro pensa. A compreensão é a primeira ação e sem esta não é possível realizar as tarefas essenciais da humanidade, nem no que tem de menor nem no que tem de maior. E essa é a virtude da hermenêutica: um diálogo solidário e empático entre o sujeito e o objeto, entre este e o objeto em todo o seu corpo físico e espiritual no contexto em que fala; “um deixar-se absorver em algo, de tal modo que nisso se esqueça a si mesmo; uma espécie de ressonância entre o sujeito e o objeto em busca do ponto de equilíbrio, a compreensão.” (GADAMER, 1997a, p. 103).

Um dos mais poderosos meios para mútuo engendramento de sujeitos e mundos é a linguagem, enquanto meio que nos põe em presença do outro. Heidegger (1995) afirmava que a linguagem é a morada do ser. Gadamer (1997a) completou: o ser que pode ser compreendido (compreender-se) é linguagem. Palavra é tudo o que existe em imagem, gesto, expressões, movimento... Conforme Saussure (1995), a palavra, o signo, é composta de significante (a parte escrita e/ou falada) e significado (o sentido que a ela é incorporado de acordo com o contexto que se expressa). Gadamer (1997a) ainda afirma que os conceitos (significados) mudam com o tempo; o sentido (conceito) é tão múltiplo que muitas vezes torna-se uma interrogação, pois para cada signo (palavra) que é apresentado nos dicionários, há inúmeros significados (conceitos). Porém, se



partirmos para a comparação do conceito, para o objeto real que o representa, não há uma completa definição. E se, além disso, cada indivíduo for *fazer* ou *representar* esse signo ou conceito, haverá “uma dúzia ou quizenas de rubricas”. A unidade da palavra, que se interpreta na multiplicidade das palavras, permite compreender também aquilo que não se esgota na estrutura essencial da lógica e que instaura o caráter de acontecer da linguagem, a saber, o processo da formação dos conceitos.

Tanto em Aristóteles quanto em Platão (principalmente no diálogo designado por Crátilo) encontra-se a idéia de que a formação natural dos conceitos, que acompanha a linguagem, não segue sempre a ordenação da essência, mas muitas vezes forma as palavras com base em acidentes e relações. Assim como o falar pressupõe o uso de palavras prévias dotadas de um significado geral, existe um processo contínuo de formação dos conceitos pelo qual avança a vida semântica da própria linguagem. Neste sentido, o esquema lógico de indução e abstração pode ser uma fonte de enganos, na medida em que a consciência que temos da linguagem não comporta nenhuma reflexão expressa sobre o que é comum a diversas coisas, e o uso das palavras em seu significado geral não compreende o que essas visam e designam, como se elas representassem um caso particular subsumido sob a generalidade.

A sociedade entende a si mesma através da vitalidade de seu uso lingüístico e expressa algo de si mesma quando utiliza determinadas expressões da maneira como estamos acostumados. Há, no entanto, sem dúvida, um caminho, no qual todos nos encontramos, também na era da ciência: a linguagem, o diálogo que todos temos uns com os outros. A linguagem é uma sedimentação de experiência e sabedoria, que nos é comunicada através das palavras. Aquilo que todos, na verdade, pensam encontra-se,

por assim dizer, depositado na linguagem e ao alcance da compreensão. (GADAMER, 2006).

Ler o real social, questioná-lo e conhecê-lo: precisa-se de palavras para isso. Como nomear aquilo do que se trata, distinguir uma realidade de outra, falar dela com outros havendo mútua compreensão? Com esse fim, dentre as palavras, desenvolveram-se as que chamamos conceitos<sup>8</sup>.

Os conceitos e as palavras que os exprimem são indispensáveis para conhecer, compreender, explicar. Todo conceito contém um determinado caráter de convenção social, um determinado senso normativo socialmente fixado. O conceito é uma categoria que estabelece um caso geral a partir de um conjunto de casos particulares aparentados por suas características essenciais; são representações mentais de um conjunto de realidades em função de suas características comuns essenciais. Para o pesquisador, os conceitos são instrumentos insubstituíveis para se investigar e conhecer: quanto mais se dispõe de conceitos, maiores serão nossas capacidades de ler, questionar e conhecer o social. Os conceitos e as questões que levantam são os instrumentos privilegiados do pesquisador para conhecer, pois orientam a observação e o questionamento dos fenômenos sociais, a ótica pela qual conduzir o estudo e seu modo de análise (LAVILLE & DIONNE, 1999). A categoria do conceito, *definidor-chave* no processo de produção do conhecimento, é a unidade elementar do modelo teórico, base

---

<sup>8</sup> Proveniente do latim *conceptu*, a palavra *conceito* significa a representação de um objeto pelo pensamento, através de suas características gerais; a ação de formular uma idéia por meio de palavras; também significa definição, caracterização. (CUNHA, 2007).

do conhecimento científico e tecnológico; o conceito situa-se também como produto final de uma cadeia própria de produção cognitiva (ALMEIDA FILHO, 2003; 2000c).

O processo de produção de conceitos, segundo Bachelard (1984), é uma transação contínua entre um pólo abstrato e um pólo concreto. A ciência é um processo histórico de concretização do abstrato, de materialização do conceitual, mas isso não deve deixar perder de vista que

Os conceitos constituem as definições (ou as prescrições) do que deve ser observado, isto é, as variáveis entre as quais se devem procurar relações. Somente quando proposições foram logicamente ligadas entre si, estabelece-se uma teoria. (DE BRUYNE, HERMAN & DE SCHOUTHEETE, 1977, p. 43).

O conceito científico só pode conservar seu status científico ao preço de um esforço constante de análise e de estruturação de fatos. Os conceitos são operadores estratégicos concebidos no contexto de uma prática que os põe à prova e exige incessantemente sua revisão. O conceito é a sistematização de atos operatórios que têm por correlação uma estrutura explícita e por qualidade a coerência; designa um modo da experiência, mas descentrada, organizada e aberta a uma hierarquia possível de evidências. (DE BRUYNE, HERMAN & DE SCHOUTHEETE, 1977)

Os discursos científicos e seus campos conceituais crescem por meio de uma extensão metafórica (ou metonímica) na construção dos conceitos. A instituição da ciência postula, constrói e cria objetos de conhecimento por referência às coisas que se situam em um mundo concreto (SAMAJA, 1994). O conjunto de efeitos concretos e simbólicos da ciência é, portanto, social e historicamente determinado e emerge, no nível conceitual, articulado no interior do paradigma. Os conceitos científicos só obtêm

um significado pleno quando relacionados, dentro de um texto ou apresentação sistemática, a outros conceitos científicos, a procedimentos de manipulação e a aplicações do paradigma. Conceitos dificilmente podem ser inventados independentemente de um contexto.

Além disso, dado o contexto, raramente precisam ser inventados novos conceitos, posto que estes já estão à disposição na trama teórica que estrutura o objeto de conhecimento. Matthews (2002) reconhece que o sentido das palavras e conceitos depende do contexto intelectual em que eles ocorrem, mudando no decorrer do tempo. Não pode haver nenhum sistema de linguagem ou de conceitos que seja científica ou empiricamente neutro; então a construção de teses e teorias alternativas deverá derivar-se de alguma tradição baseada em um paradigma (KUHN, 1998). As teorias, nesse sentido, desenvolvem-se por analogia, muitas vezes com base em compreensões já estabelecidas; trata-se de um processo de produção do conhecimento sobre os processos de produção dos fenômenos, eventos e processos na natureza e na sociedade, fundada na exploração dinâmica dos recursos cognitivos disponíveis.

A necessidade de deslocamento da rede conceitual e a operação visando modificar o sentido de conceitos estabelecidos e familiares é crucial para o impacto revolucionário da ciência e para a construção de novas (e revolucionárias!) formas de produção de conhecimento e mudanças nas práticas no campo da Saúde Coletiva. É neste sentido que pautamos a construção do conceito de Cuidado à Saúde como um desafio na medida em que abre novos diálogos no campo do conhecimento, saberes e práticas em saúde, configurando-se como objeto privilegiado de pesquisa.

### **3. Metodologia**

A presente pesquisa foi desenvolvida a partir de revisão bibliográfica, utilizando material secundário, de modo a sistematizar o que já foi escrito e publicado (a produção científica) por pesquisadores do campo da Saúde Coletiva brasileira concernente ao tema do cuidado à saúde. O processo de inquérito conforma-se a partir de produtos de conhecimento – artigos extraídos da análise de periódicos na área, livros, capítulos de livros, teses, anais de congressos e conferências, relatórios técnico-científicos e publicações governamentais – produzidos no período de 1988 a 2008 e registrados na base de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde).

#### **3.1. Base de dados**

LILACS é uma base de dados latino-americana de informação bibliográfica em ciências da saúde componente da Biblioteca Virtual em Saúde, coordenada pela BIREME, constituído de normas, manuais, guias e aplicativos destinados à coleta, seleção, descrição e indexação de documentos e geração de base de dados. Em termos gerais, abrange toda a literatura relativa as ciências da saúde, produzida por autores latino-americanos e publicado nos países da região a partir de 1982.

No LILACS são analisados e processados documentos, tais como: teses, capítulos de teses, livros, capítulos de livros, anais de congressos ou conferências,

relatórios técnico-científicos, publicações governamentais e artigos extraídos da análise corrente de aproximadamente 400 títulos de periódicos na área. O portal de bases bibliográficas proporciona o acesso à literatura científico-técnica em saúde pública através da consulta a bases de dados bibliográficas nacionais e internacionais permitindo, a partir das referências bibliográficas recuperadas, links para documentos na íntegra disponíveis online ou por meio do serviço de acesso ao documento original.

A base de dados estruturada por meio da Metodologia LILACS compreende o DeCS – Descritores em Ciências da Saúde – caracterizado como o vocabulário controlado utilizado na indexação para assegurar recuperação precisa das referências bibliográficas.

O vocabulário estruturado e trilingüe DeCS foi criado pela BIREME para uso na indexação de artigos de revistas científicas, livros, anais de congressos, relatórios técnicos, e outros tipos de materiais, assim como para ser usado na pesquisa e recuperação de assuntos da literatura científica nas bases de dados LILACS, MEDLINE e outras. Desenvolvido a partir do MeSH – Medical Subject Headings da U.S. National Library of Medicine – objetiva permitir o uso de terminologia comum para pesquisa em três idiomas, proporcionando um meio consistente e único para a recuperação da informação independentemente do idioma.

O DeCS é um componente integrador da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Tem como finalidade principal servir como uma linguagem única para indexação e recuperação da informação entre os componentes do Sistema Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde, coordenado pela BIREME, e que abrange

37 países na América Latina e no Caribe, permitindo um diálogo uniforme entre cerca de 600 bibliotecas. Os conceitos que compõem o DeCS são organizados em uma estrutura hierárquica permitindo a execução de pesquisa em termos mais amplos ou mais específicos ou todos os termos que pertençam a uma mesma estrutura hierárquica. A partir das BVS, as estratégias de buscas temáticas disponíveis viabilizam o trabalho de pesquisa aos temas mais importantes de cada BVS.

## **3.2. Busca Bibliográfica**

Para subsidiar, sistematizar e orientar a busca bibliográfica, realizamos um estudo preliminar de modo a identificar um conjunto de descritores para a identificação da produção científica nacional sobre o tema. A consulta ao DECS (<http://decs.bvs.br/>) possibilitou o mapeamento dos descritores de modo a viabilizar a coleta das referências e a composição do banco de dados para a referida pesquisa.

Partindo da premissa de que os termos ‘cuidado’, ‘atenção’, ‘assistência’ e ‘tratamento’ são palavras etimologicamente associadas tanto na língua portuguesa como em outros idiomas (como o espanhol e o inglês) e também considerando sua forte ligação no campo de conhecimento e âmbito das práticas em saúde – ora utilizadas como sinônimos, ora complementares e até divergentes – construímos descritores compostos fazendo associações desses termos com a palavra ‘saúde’ e utilizando conectores como ‘à’, ‘em’, ‘da’, ‘de’.

As *Palavras ou Termos* encontrados foram muitos, conforme especificação: ‘Cuidado’- 20 referências, ‘Cuidados’- 64 referências, ‘Atenção’- 18 referências, ‘Tratamento’- 53 referências, ‘Assistência’- 92 referências. Como *Descritores*<sup>9</sup> encontramos ‘Cuidados de Saúde’, ‘Assistência à Saúde’ e ‘Atenção à Saúde’, estes associados entre si. Visando maximizar a sensibilidade e a especificidade na coleta dos dados, com a inclusão das referências relevantes e a exclusão daquelas impróprias para este estudo, optamos por selecionar como delimitadores de *Assunto* apenas os *Descritores*.

O *Descritor* ‘Cuidados de Saúde’, indicado como sinônimo em português do *Descritor* ‘Assistência à Saúde’ e registrado sob o número 3709, tem como equivalentes os descritores ‘Delivery of Health Care’ e ‘Prestación de Atención de Salud’ em inglês e espanhol, respectivamente. ‘Assistência à Saúde’ no DECS “*refere-se a todos os aspectos da provisão e distribuição de serviços de saúde a uma população*” e tem como sinônimos em português, além do ‘Cuidados de Saúde’ citado acima, as palavras ‘Prestação de Assistência à Saúde’, ‘Prestação de Cuidados de Saúde’, ‘Sistemas de Assistência à Saúde’, ‘Prestação de Assistência Odontológica’, ‘Prestação de Cuidados Odontológicos’, ‘Cuidados de Assistência à Saúde’, ‘Rede de Cuidados Continuados de Saúde’.

O *Descritor* ‘Atenção à Saúde’, registrado sob o número 50230 e relacionado em português ao *Descritor* ‘Assistência à Saúde’, apresenta a seguinte definição conforme o DECS: “*a atenção à saúde engloba todo o conjunto de ações, em todos os níveis de governo, para o atendimento das demandas pessoais e das exigências ambientais,*

---

<sup>9</sup> Anexo 01



*compreendendo três grandes campos: 1. da assistência; 2. das intervenções ambientais, no seu sentido mais amplo; e 3. das políticas externas no setor saúde.”*

‘Normas Básicas de Atenção à Saúde’ aparece como sinônimo em português do referido descritor e as palavras ‘Health Care (Public Health)’ e ‘Atención a la Salud’ são apresentadas, respectivamente, como os descritores em inglês e espanhol.

Considerando que os *Descritores* ‘Cuidados de Saúde’ e ‘Assistência à Saúde’ são sinônimos, definimos como *Descritores de Assunto* para a construção do banco de dados desta pesquisa ‘Atenção à Saúde’ e ‘Assistência à Saúde’. A partir da escolha dos descritores iniciamos o processo de coleta dos dados com a revisão da produção científica brasileira no campo da Saúde Coletiva sobre o Cuidado à Saúde publicada no período de 1988 a 2008 catalogada nas bases de dados bibliográficas digitais disponíveis na Biblioteca Virtual de Saúde Pública – Brasil (BVS-SP) através do site [www.saudepublica.bvs.br](http://www.saudepublica.bvs.br), tendo como fonte de informação a literatura científica do portal de bases bibliográficas LILACS, base de dados desta pesquisa. O banco de dados foi identificado a partir da ferramenta de busca avançada com a utilização de delimitadores de *Assunto* (os descritores ‘Atenção à Saúde’ e ‘Assistência à Saúde’) e *País/Ano de Publicação*, em que indicamos ‘Brasil’ e ‘1988-2008’, respectivamente. A partir desse percurso percorrido, encontramos 1.071 (um mil e setenta e uma) referências publicadas no Brasil em 20 anos do Sistema Único de Saúde.

### 3.3. Descrição do corpus analítico

As 1.071 referências encontradas na busca bibliográfica sistematizada foram organizadas inicialmente em uma planilha eletrônica<sup>10</sup> (Programa Microsoft Office Excel 2007) indicando o *Número da Referência* encontrada, o *Ano de Publicação*, o *Descritor de Assunto*, a existência ou não de *Resumo* e o *Tipo da Publicação*.

A utilização do *Descritor de Assunto* 'Atenção à Saúde' nos conduziu a 99 (noventa e nove) referências e, a partir do descritor 'Assistência à Saúde', foram obtidas 972 (novecentos e setenta e duas) publicações, equivalente a 9.25% e 90.75% respectivamente.

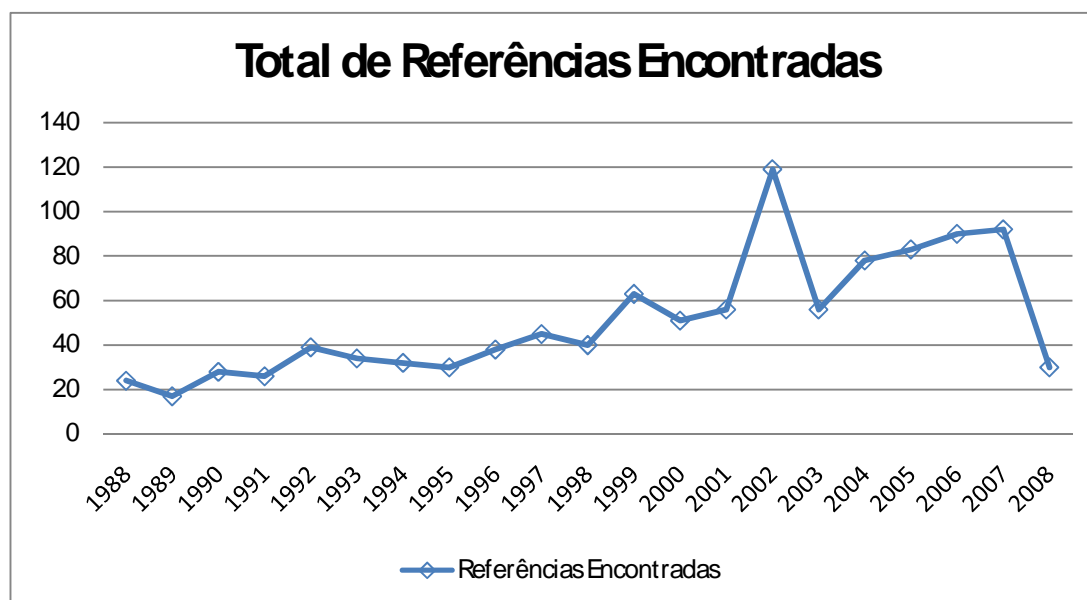
**Gráfico 01 – Descritores de Assunto e a obtenção das referências para o banco de dados**



<sup>10</sup> Anexo 02

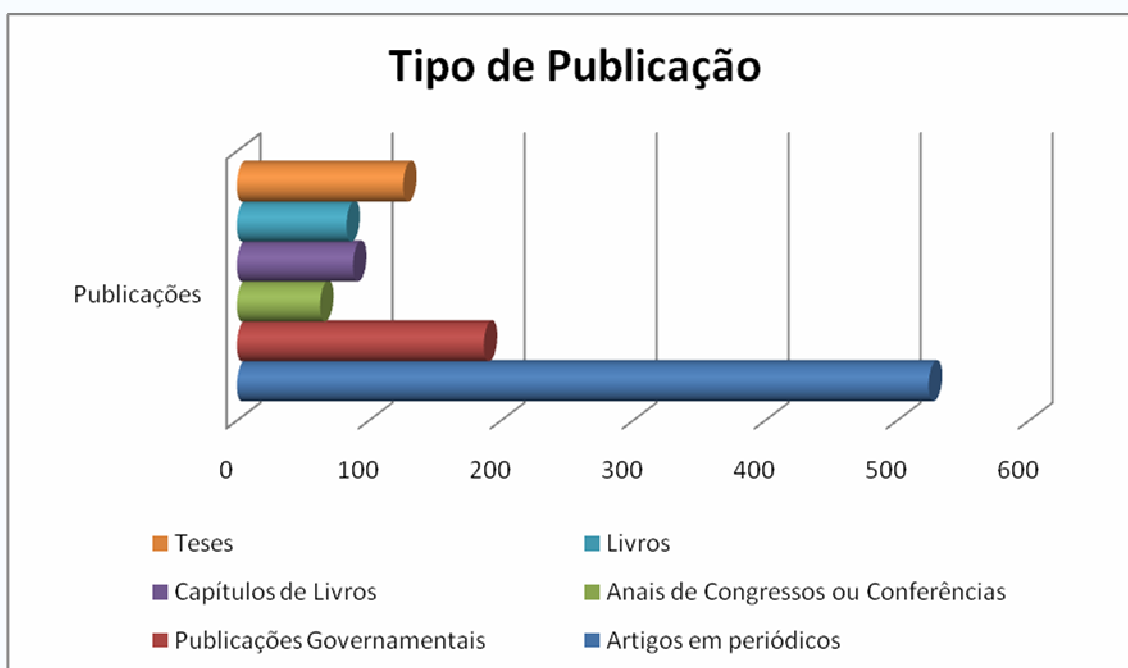
Abaixo apresentamos o Gráfico 02 com a evolução temporal do total das produções científicas brasileiras no campo da Saúde Coletiva encontradas a partir dos *Descritores de Assunto* 'Atenção à Saúde' e 'Assistência à Saúde' no período de 1988-2008:

**Gráfico 02 – Evolução temporal do conjunto de referências encontradas no período de 1988 a 2008**



Quanto ao *Tipo de Publicação* utilizado para divulgação do conhecimento, observamos a predominância de Artigos em Periódicos (49%), seguidos das Publicações Governamentais (17.5%), dos Trabalhos de Conclusão de Curso – Teses (11.5%), Capítulos de Livros (8.5%), Livros (7.5%) e Anais de Congressos ou Conferências (6%).

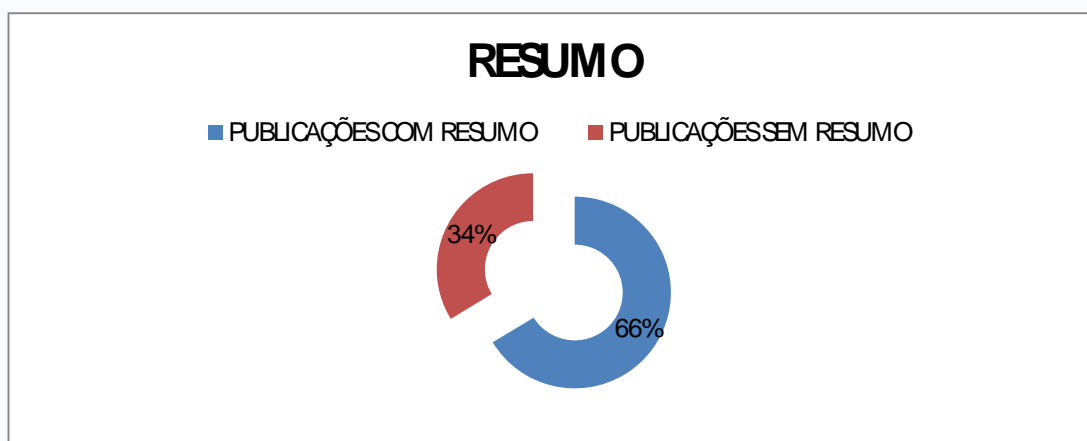
**Gráfico 03 – Distribuição das referências encontradas por *Tipo de Publicação***



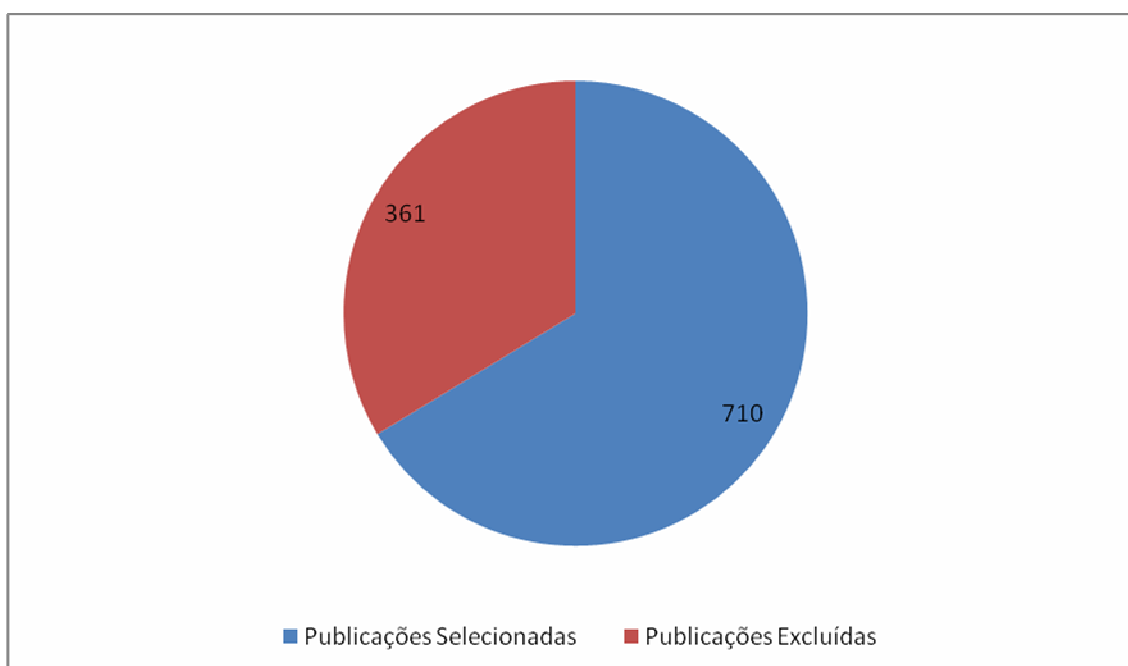
As 1.071 publicações encontradas também foram classificadas conforme a existência ou não de *Resumo*, critério utilizado como fator de exclusão da pesquisa para

34% das publicações. Assim, 710 publicações foram selecionadas para um maior aprofundamento na análise dos dados.

**Gráfico 04 – Percentual de Publicações com e sem *Resumo***



**Gráfico 05 – Número de Publicações Selecionadas e Publicações Excluídas**



### 3.4. Plano de Análise

Os dados desta pesquisa foram considerados a partir de uma abordagem que permitiu conjugar análise, interpretação e construção, tarefa para a qual utilizamos a hermenêutica crítica de Ricoeur (1990; 1997), inspirada na hermenêutica gadameriana (GADAMER, 1997a). Procuramos cumprir com o postulado hermenêutico de passar várias vezes pelo mesmo lugar, o que caracteriza o círculo hermenêutico, buscando identificar e compreender as concepções-noções-definições de Cuidado à Saúde apresentadas, explícita ou implicitamente, nos Resumos das 710 publicações selecionadas. Conforme Gadamer (1997a), esse *círculo* não deve ser visto como *círculo vicioso* pois, apesar de passarmos pelo mesmo lugar, passa-se sempre de uma altitude diferente, de maneira que, quando se logra compreender, compreende-se sempre de maneira diferente.

A interpretação foi composta por dois movimentos, análise e construção, sendo a análise necessária para a compreensão aprimorada das concepções/noções/definições do cuidado à saúde nas publicações selecionadas e a construção fundamental para a formulação de propostas e elaboração de novos sentidos do que seria a conceituação do Cuidado à Saúde no campo da Saúde Coletiva. Nesse processo, alguns autores que não compuseram o banco de dados dessa pesquisa mas que estudam, direta e/ou indiretamente, o tema do Cuidado à Saúde foram “convidados” a participar da discussão e contribuíram para a análise dos dados.

A passagem do dado para informação é determinada por processos de transformação analítica. Os dados tornaram-se informações depois de analisados, no sentido de que os dados foram processados com o objetivo de responder a uma questão:

*o que é cuidado à saúde?* Esse questionamento foi feito em cada leitura dos 710 resumos das publicações selecionadas e considerado na classificação das possíveis respostas. Nesse sentido, a análise implicou um processo de organização, indexação, classificação, condensação e interpretação dos dados, com o objetivo de identificar comunalidades de dimensões, atributos, predicados e propriedades entre os casos individuais.

A transformação de informação em conhecimento científico e tecnológico é regulada por processos sintéticos. A síntese constitui um processo heurístico de interpretação de informações, conduzido para colocar a informação em um nível supra-contextual. Conhecimento, portanto, implica informação posta fora de seu próprio contexto e situada em um contexto mais geral, pronta para auxiliar pesquisadores, profissionais técnicos e tomadores de decisão a compreender outros contextos ou novas situações. No que se refere aos dados não-estruturados obtidos nessa pesquisa, temos a seguinte cadeia metodológica paralela à cadeia produtiva do conhecimento com dois elos: indicador – conceito. (ALMEIDA FILHO, 2003; 2000c)

As definições prévias ou noções encontradas serviram como um primeiro elemento de conceituação, útil para afastar das pré-noções. A definição prévia, assinala Durkheim (2001), constrói novos objetos, isto é, novas relações entre os aspectos das coisas. Mas definir não é o objetivo, apenas o meio. Para construí-lo como conceito (ou referente) científico, é preciso produzir modelos sintéticos e, para designá-lo apropriadamente, é necessário o recurso à polissemia resultante do cruzamento dos distintos discursos. A produção de discursos capazes de atravessar fronteiras disciplinares faz-se necessária para alcançar a desejada síntese da complexidade; o

compartilhamento de linguagem e de estruturas lógicas e simbólicas torna-se imprescindível para que uma efetiva comunicação interdisciplinar se estabeleça. A síntese é a primeira etapa de um processo de avanço e aprofundamento conceitual de modo a produzir totalizações provisórias através de uma prática cotidiana de sujeitos do conhecimento e operadas na concretude de seus aparelhos cognitivos. (ALMEIDA FILHO, 2000b; 2005).

Objeto complexo alvo de diversas miradas, o Cuidado à Saúde foi abordado nesse estudo de modo a desvendar algumas de suas múltiplas facetas. Neste sentido, buscamos a sua compreensão a partir da construção de três Eixos que, como “anéis que se entrecruzam em teias complexas” (SOUSA SANTOS, 1995) e objetos que carregam consigo a dimensão fractal<sup>11</sup> e as características da borrosidade<sup>12</sup>, relacionam-se entre eles para a construção de propostas e a elaboração de novos sentidos concernentes ao entendimento sobre o objeto complexo Cuidado à Saúde. São eles: Eixo 01, Eixo 02 e Eixo 03, batizados de *Agentes*, *Contexto* e *Conceito*, respectivamente.

O *Eixo 01 – Agentes* refere-se à elucidação dos agentes envolvidos no Cuidado à Saúde, temática encontrada em 20% das publicações selecionadas, subdividido em 02

---

<sup>11</sup> “Fractalidade quer dizer a persistência de padrões iterativos e recorrentes ao longo de todas as escalas (...) Em cada reentrância e saliência encontram-se reentrâncias e saliências, e nestas mais reentrâncias e saliências, e assim por diante. Esta é uma ilustração da chamada dimensão fractal.” (ALMEIDA FILHO, 2004. Págs. 24 e 25)

<sup>12</sup> “Situações em que os limites entre entes, eventos e contextos são ‘vagos’ ou ‘borrados’ (...) A Teoria dos Conjuntos Borrosos (*fuzzy set theory*), proposta por Lofti Zadeh no início da década de 1960, trata-se de uma abordagem crítica das noções de limite e precisão que funda a analítica formal da ciência moderna. (...) Borrosidade entendida como propriedade particular dos sistemas complexos no que se refere à natureza arbitrária dos limites infra-sistêmicos impostos aos eventos (unidades do sistema) e ao próprio sistema em suas relações inter-sistêmicas com outros sistemas, com os super-sistemas (contextos) e com os respectivos observadores.” (ALMEIDA FILHO, 2004. Págs.05 e 20)



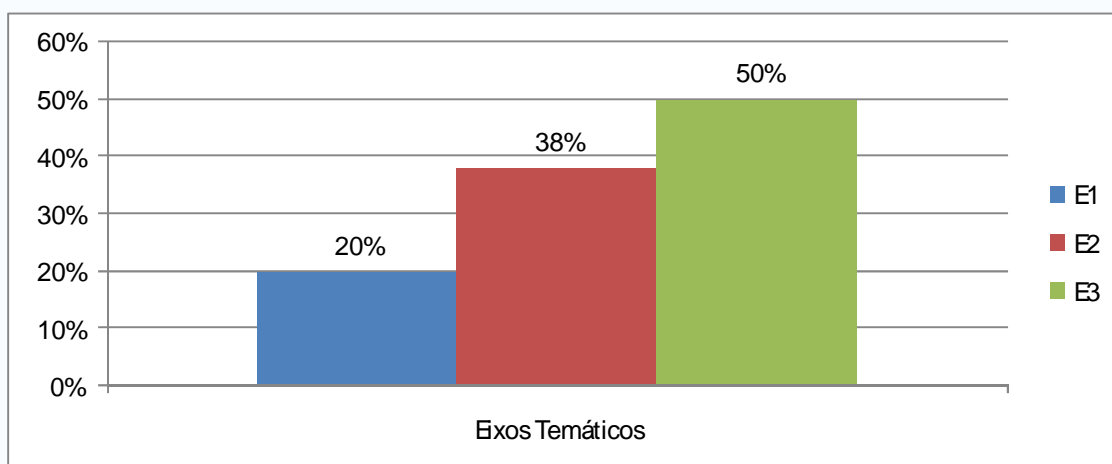
(duas) categorias a partir da análise dos dados encontrados; são elas: agentes da oferta de cuidados e agentes que demandam esses cuidados.

O *Eixo 02 – Contexto*, presente em 38% das publicações selecionadas para análise nesse estudo, foi construído de modo a discutir alguns aspectos acerca dos componentes do sistema de saúde, a partir de três categorias de análise relacionadas entre si: organização, modelo de atenção e gestão.

A temática específica do cuidado à saúde, abordada implícita e explicitamente em aproximadamente 50% da produção teórica analisada, conformou o *Eixo 03 – Conceito*, construído a partir de 03 (três) dimensões que atravessam as concepções-noções-definições do cuidado à saúde: dimensão técnico-científica, subjetivo-relacional e sócio-política.

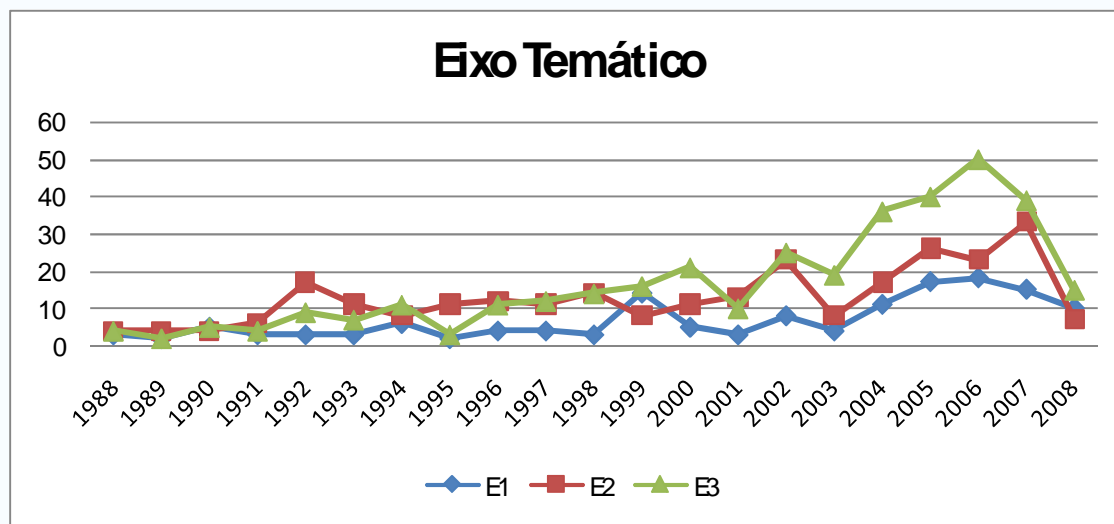
Os três Eixos Temáticos são abordados, de forma isolada ou não, nas 710 publicações selecionadas conforme segue abaixo:

**Gráfico 06 – Publicações selecionadas categorizadas em Eixos Temáticos**



Abaixo apresentamos a evolução temporal da produção científica que compõe o banco de dados dessa pesquisa, categorizados nos três *Eixos* e distribuídos por *Ano de Publicação*.

**Gráfico 07 – Eixos Temáticos distribuídos por Ano de Publicação**



De forma geral, observamos que na década de 90 os três Eixos mantiveram-se no mesmo nível de produção, havendo uma diferença acentuada nas publicações referentes ao *Eixo 02 – Contexto*, este concernente aos aspectos dos componentes do sistema de saúde. Associamos essa evidência ao fato de a década de noventa caracterizar-se pela implantação do Sistema Único de Saúde após a promulgação da Constituição Federal de 1988 e das Leis 8.080 e 8.192 em 1990, momento de efervescência teórica e prática sobre como tornar o SUS uma realidade em nosso país. Momento também de ordenamento jurídico-legal dos princípios e diretrizes da Reforma Sanitária, bem como de definição de papéis de cada esfera de governo e serviço de

saúde que compõe o sistema, com elaboração e difusão de normas e diretrizes organizacionais e de implementação de modelos de atenção à saúde.

A partir dos anos 2000, a temática do *Eixo 02 – Contexto* manteve-se inferior aos *Eixo 01 – Agentes* e *Eixo 03 – Conceito*, com especial destaque para as publicações que tratam dos aspectos teóricos e práticos do Cuidado à Saúde, o que configura o *Eixo 03 – Conceito*, além da referência aos papéis dos agentes na cena dos cuidados, temática esta do *Eixo 01 – Agentes*. Associamos o aumento das publicações relacionadas a essas temáticas ao momento de consolidação do SUS, com indicações de transformações no entendimento sobre o processo Saúde-Doença-Cuidado e necessidade de mudanças nas formas de ofertar cuidados a indivíduos e populações de modo a operar melhorias na vida das pessoas.

## 4. Análise

### 4.1. Eixo 01 – Agentes

O Eixo 01 refere-se à elucidação dos agentes envolvidos no Cuidado à Saúde, temática encontrada em 20% das publicações selecionadas. Sua análise nos conduziu à construção de duas categorias: os agentes da oferta de cuidados e os agentes que demandam esses cuidados.

- **Agentes da oferta de cuidados**

Entre os que ofertam os cuidados à saúde, observamos a preponderância majoritária do chamado ‘profissional de saúde’ como o agente por excelência da oferta de cuidados, seja atuando conforme as atribuições típicas e exclusivas de determinada categoria profissional, seja prestando cuidados à saúde a partir da conformação de equipes.

Apesar da constante indicação nas publicações analisadas do trabalho em equipe situado como indicador de qualidade do cuidado à saúde ofertado a indivíduos e populações, evidenciamos o predomínio da tendência à retenção do conhecimento e atuação isolada em detrimento da colaboração profissional. A delimitação estrita de territórios de cada grupo profissional tem se sobreposto à lógica da colaboração

profissional, que requer ou promove relações e interações nas quais os profissionais colocam-se à disposição e partilham seus conhecimentos, experiências e habilidades.

Dentre os profissionais que conformam a área de atuação da saúde, o profissional médico aparece em lugar de destaque. O cuidado à saúde realizado por profissionais, conforme observado a partir da análise das referências encontradas, tem sido centralizado no médico com uma valorização da atenção médica especializada e instrumentalizada pela tecnologia disponível no mercado da saúde. A medicina, enquanto campo de prática dominante no âmbito do cuidado à saúde, configura as suas concepções e intervenções a partir de uma noção de saúde enquanto ausência de doença e de cuidado associado aos especialismos, ao emprego de tecnologias e procedimentos objetivando a remissão de sintomas e o prolongamento da vida. A clínica, saber e prática central na medicina, surge como a ação, inserida num contexto social e cultural, que se instrumentaliza de um conjunto de ferramentas técnicas biomédicas – homogêneas, homogeneizantes e marcadas pelo mecanicismo, fragmentação e tecnicismo biológico – para procurar dar respostas singulares às necessidades e às demandas em saúde de pessoas que a ela recorrem (PINHEIRO & MATTOS, 2006a).

A categoria foucaultiana do Cuidado de Si (FOUCAULT, 1985) apresenta o cuidado como expressão de formas de vida da civilização ocidental e, de acordo com uma tradição que remonta a muito longe na cultura grega, o cuidado de si está em correlação estreita com o pensamento e a prática médica. Nos dias de hoje, essa correlação antiga vem se ampliando cada vez mais. Na cultura de si, o aumento do cuidado médico foi claramente traduzido por uma certa forma, ao mesmo tempo particular e intensa, de atenção com o corpo por parte de um indivíduo que sofre de

certos males e que deve fazê-los cuidar, seja por si mesmo, ou por alguém que para isso tem competência: em nossa sociedade contemporânea, esse vem sendo o lugar por excelência do profissional médico. Como afirma Gadamer (2006, p. 120), “a medicina parece uma verdadeira ciência universal, especialmente se estendermos esse todo ao todo de nosso mundo social.”

O médico não se caracteriza de modo equivalente ao da figura do curandeiro em outras culturas, revestido pelo segredo de forças mágicas; ele se tornou um homem da ciência. A medicina é, de acordo com Gadamer (2006), um dos aspectos da vida social que nos coloca diante de problemas através da ciência, da racionalização, da automatização e da especialização. O referido autor, citando como uma contribuição do sociólogo americano Freidson, destaca a *autonomização* que se dissemina em profissões práticas através do apelo à ciência, especialmente na profissão médica, e vê nisso nada além da atitude autoritária do especialista, o qual se defende da objeção do leigo. Ele defende o ideal da sociedade livre: nela o cidadão tem, de fato, o direito de não ser desencorajado pela autoridade do especialista.

A especialização, tornada necessária e expressiva, é a tendência irreprimível da ciência moderna e de todos os seus procedimentos metodológicos. Em todas as disciplinas da pesquisa científica nos encontramos perante a mesma situação produzida pelo isolamento metodológico de todas as áreas objetivas científicas, a qual nos obriga a um esforço interdisciplinar.

Mas os *profissionais não-médicos* estão entrando em cena, reconfigurando o campo de práticas em saúde e ampliando as categorias profissionais que constituem os chamados trabalhadores de saúde, além de operar transformações nas formas de cuidado

através da composição de equipes multiprofissionais. As publicações revisadas indicam a crescente participação de variadas disciplinas/profissões<sup>13</sup> enquanto cuidadores no campo da saúde, tais como: enfermagem, odontologia, psicologia, serviço social, farmácia, fisioterapia, nutrição, terapia ocupacional, educação física, dentre outros.

Destaque especial para a enfermagem, considerada em diversas publicações como fundamental no cenário do cuidado à saúde. O cuidado é associado, em múltiplas referências, ao domínio do núcleo específico da prática de enfermagem e, conforme a Teoria da Universalidade e Diversidade do Cuidado de Madeleine Leininger (1985b), o cuidado é a essência da enfermagem.

Na Teoria da Prática Humanística de Enfermagem de Paterson & Zderad (1976) o cuidado dialógico é o conceito central a partir do qual a enfermagem vai conciliar razão e sensibilidade, subjetividade e objetividade no ato de cuidar. Paterson e Zderad, ao tratarem sobre um modelo de prática de enfermagem que tenha como foco o cuidado à pessoa, valorizando, além das necessidades físicas dos clientes, as emocionais, socioculturais e espirituais, em uma outra concepção de corpo, que não a do modelo biomédico, defendem a possibilidade de um cuidado mais completo e enfatizam o papel fundamental do profissional de enfermagem nesse processo.

A atuação profissional, conforme a análise dos dados provenientes das publicações selecionadas, apresenta-se imbuída de um caráter cooperativo com

---

<sup>13</sup> Conforme D'Amour (1997), *disciplina* refere-se ao desenvolvimento do conhecimento em sua vertente epistemológica, ao campo de saberes (relativo a conceitos e teorias voltados para compreensão de fenômenos); já o termo *profissional* remete às práticas concretas voltadas para a solução de problemas específicos envolvendo profissionais, equipes e serviços.

destaque nas características tomadas como próprias de determinado núcleo profissional, apesar da sempre presente indicação da necessidade de imersões no campo comum da saúde coletiva. Os conceitos de *campo* e *núcleo* de competências e responsabilidades, desenvolvidos por Campos (1997), são válidos para a análise e compreensão de ações e trânsitos entre especificidades que diferenciam e caracterizam os profissionais (núcleos) e iniciativas importantes, mas que não pertencem a nenhuma área em particular, requerendo sobretudo colaboração entre elas (campo). *Núcleo de competência e responsabilidade* refere-se às atribuições específicas de determinada categoria profissional e *campo de competência e responsabilidade* caracteriza-se enquanto demandas que extrapolam essas atribuições específicas. Assim, *núcleo* diz respeito aos elementos de singularidade que definem a identidade de cada profissional ou especialista e *campo* constitui-se como responsabilidades e saberes comuns ou convergentes a várias profissões ou especialidades.

A consideração das especificidades que conformam cada categoria profissional ou área do saber e suas articulações possíveis dentro dos espaços definidos por demandas complexas que extrapolam as fronteiras estabelecidas pelos núcleos de determinadas profissões ou áreas do conhecimento, constituindo campos essencialmente interdisciplinares e interprofissionais, são apontadas como importantes e essenciais para a atuação dos agentes imbuídos de ofertar cuidados à saúde das pessoas, individual e/ou coletivamente, no campo da Saúde Coletiva. A necessidade de mais colaboração entre disciplinas e profissões é frequentemente ressaltada em diversas publicações e apontada como possível solução para diversos impasses e questões vividas pelos profissionais (e pelas equipes) que atuam em programas e serviços dos setores da saúde, assim como fundamental para a qualidade do cuidado oferecido a indivíduos e populações. Apesar



da ambição em constituir equipes interdisciplinares visando a qualificação do cuidado à saúde, as publicações nos indicaram a predominância da multidisciplinaridade a partir do agrupamento de múltiplas categorias profissionais.

A multidisciplinaridade é caracterizada, a partir da tipologia proposta por Jantsch (2000), pela justaposição de várias disciplinas em torno de um mesmo tema ou problema, sem o estabelecimento de relações entre os profissionais representantes de cada área no plano técnico ou científico. As várias disciplinas são colocadas lado a lado, justapostas, carecendo de efetivas relações entre si e de organização institucional que estimule e garanta o trânsito entre elas; apesar de estarem lado a lado, as disciplinas apresentam baixíssima inter-relação.

A relação entre disciplinas, em seu grau mais elevado, é o que caracteriza a interdisciplinaridade. Nela, ao contrário de uma simples justaposição ou complementaridade entre os elementos disciplinares, seriam estabelecidas relações menos verticais entre diferentes disciplinas, uma nova combinação de elementos internos e o estabelecimento de canais de trocas entre os campos em torno de uma tarefa a ser desempenhada conjuntamente. A noção de interdisciplinaridade implica uma axiomática comum a um grupo de disciplinas, porém ainda com um nível hierárquico superior, ocupada pela que tem maior proximidade à temática unificada, atuando de forma integradora e mediadora no campo disciplinar. (ALMEIDA FILHO, 1997; 2000b).

Com a radicalização da interdisciplinaridade, Almeida Filho (2000b) propõe a transdisciplinaridade, esta definida com base na comunicação não entre campos disciplinares, mas entre agentes em cada campo, através da circulação não dos

discursos, mas dos sujeitos dos discursos. Para tanto, destaca a relevância da formação desse novo sujeito capaz de um trânsito interdisciplinar: uma formação transdisciplinar, anfíbia, com etapas sucessivas de *treinamento-socialização-enculturação* em distintos campos científicos.

Apesar de não ser colocado como uma proposta de formação transdisciplinar, o tema da formação também se fez presente nas publicações selecionadas, destacada como de fundamental importância no ‘processo de construção’ dos cuidadores profissionais em saúde. Docentes, estudantes de graduação e pós-graduação, cientistas e instituições de ensino, assim como os serviços de saúde, os seus profissionais e gestores aparecem como eixos estruturantes no processo de formação dos agentes de cuidado à saúde.

A integração universidade-serviço-comunidade, na aproximação do ensino e pesquisa ao cotidiano do trabalho em saúde e à realidade de vida das pessoas, envolve o desenvolvimento de competências técnicas, políticas e relacionais sinalizadas como essenciais no processo de ‘tornar-se’ profissional de saúde. Tanto em condição de aluno de instituições de ensino como de profissional de saúde já atuante em serviços, a educação permanente é prescrita como imprescindível no ‘processo de construção’ do profissional de saúde. A formação é apresentada, em geral, como condição para tornar-se profissional de saúde e também indicada, em muitas situações, como ‘a’ solução para os problemas relacionados à qualificação da atenção à saúde prestada a indivíduos e populações. Durante a vida profissional, a formação é indicada como imperativo para a reorientação do modelo de atenção, assim como para o desenvolvimento de ações,

padronizadas ou não, que viabilizem o alcance do êxito técnico e do sucesso prático esperado no ato de cuidar.

E os cuidadores considerados sem formação profissional? Agentes que ofertam cuidados, apesar de não se enquadrarem enquanto profissionais de saúde, são evidenciados em nosso cotidiano e apresentados nas publicações analisadas. Destacamos as lideranças religiosas, as comunitárias, a comunidade em geral, familiares, amigos, pessoas do convívio que, de uma forma ou de outra, inserem-se no cenário do cuidado e oferecem seu saber e atenção. Cuidadores que se disponibilizam a uma forma de cuidado às vezes semelhante e muitas vezes diversas dos modos considerados oficiais e aceitos em nossa sociedade contemporânea.

Sousa Santos (1995) nos fala sobre o diálogo da ciência com o senso comum, este considerado o conhecimento vulgar e prático com que no cotidiano todos orientamos nossas ações e damos sentido à nossa vida. Deixado a si mesmo, o senso comum é conservador e pode legitimar prepotências, mas interpenetrado pelo conhecimento pode estar na origem de uma nova racionalidade. O conhecimento do senso comum tem uma dimensão utópica e libertadora que pode ser ampliada através do diálogo com o conhecimento científico, aspecto sinalizado em algumas das publicações ao abordarem a importância da potencialização e instrumentalização dos chamados cuidadores leigos na escolha de alternativas disponíveis enquanto ofertam cuidados às pessoas.

Essa ‘estratégia’ também é indicada como válida no incentivo ao cuidado de si por parte das próprias pessoas que precisam de cuidados, porém sempre atrelada a uma

intervenção de um profissional de saúde, seja a partir da orientação ou da ação terapêutica em si.

- **Os que demandam os cuidados**

Apesar de o *ambiente*<sup>14</sup> ser também citado como objeto de cuidado, as pessoas, individual e/ou coletivamente, são os principais agentes a receberem cuidados indicados nas publicações selecionadas. Porém, sempre indivíduos, grupos de indivíduos<sup>15</sup>, famílias, comunidades e populações em estado de doença, patologia, agravo, enfermidade, falta, necessidade, sofrimento, dependência, vulnerabilidade, risco. Enfim, cuidados à *saúde* para quem se encontra em situação de *doença*. A abordagem dos fenômenos da saúde a partir da doença revela-se insuficiente no sentido de não abarcar a complexidade do objeto, porém, destacamos a predominância de publicações acerca do cuidado voltado a indivíduos e coletivos doentes. Deparamo-nos, dessa maneira, com o ardoroso debate a respeito das noções de saúde e doença, bem como sobre o objeto do cuidado.

Conforme Gadamer (2006), na tensão básica entre as questões acerca da saúde e da doença, a doença se impõe como objeto de intervenção do cuidado no campo da saúde enquanto uma perturbação, o perigoso com o qual se deve lidar, algo que promove uma resistência a qual se deve quebrar, uma falta, algo que se pode objetivar

---

<sup>14</sup> O ambiente é indicado como objeto de cuidados nas publicações analisadas que apresentam uma perspectiva de cuidado à saúde vinculada à prevenção de doenças e promoção da saúde, porém sempre relacionado ao cuidado de indivíduos e coletividades.

<sup>15</sup> Grupos de indivíduos classificados conforme ciclo de vida, gênero, etnia, raça, agravos/doenças, parte do corpo com problemas etc.

através de critérios científicos, um objeto que resiste à imposição natural e à inserção nos acontecimentos da vida. Isso porque, conforme o referido autor, “a doença, e não a saúde, é o auto-objetivante, quer dizer, o lançar-se contra, resumindo, o importuno” (p.112), ou seja, a doença é como um acaso e também algo que cabe a alguém, que pode ser objetivado e enquadrado no modelo científico. Já a saúde não se declara por si mesma, não permite valores padrões transferidos ao caso singular com base em experiências médias; ela é um estado de adequação interna e da conformidade com si próprio, que não pode ser superado por um outro controle. O que verificamos é um cuidado à saúde do lado oposto, isto é, a partir sempre da doença, experiência medida e objetivável. Assim, parte-se das experiências contrárias, nas quais o oculto, a saúde, se manifesta.

Apesar de toda a ocultação, a saúde, segundo essa perspectiva, revela-se num tipo de bem-estar e, ainda mais, quando nos mostramos dispostos a empreendimentos, abertos ao conhecimento e podemos nos auto-esquecer, bem como quando quase não sentimos mesmo fadigas e esforços – isso é saúde para Gadamer (2006). A melhor maneira para entender o que seja saúde, conforme o autor, é imaginá-la como um estado de equilíbrio; ela é o ritmo da vida, um processo contínuo no qual o equilíbrio volta sempre a se estabilizar.

Ela não se constitui numa preocupação cada vez maior consigo mesmo, dada a situação oscilante do nosso bem-estar, ou muito menos em engolir pílulas repugnantes. Saúde não é, de maneira alguma, um sentir-se, mas é estar-aí, estar-no-mundo, estar-com-pessoas, sentir-se ativa e prazerosamente satisfeito com as próprias tarefas da vida. (GADAMER, 2006 p.118).

Não podemos deixar de referenciar a clássica obra de Canguilhem (1990), *O Normal e o Patológico*, onde se defende a existência de uma normatividade biológica – e uma diferença qualitativa – que define tanto o normal e o patológico: a doença não estaria fora da norma, mas implicaria no estabelecimento de outra normatividade que não aquela que caracteriza a saúde, sendo inclusive inferior em relação a esta segunda normatividade por ser limitante. Assim, a saúde não seria a ausência de doença e a doença não é ausência de saúde.

Conforme essa perspectiva, o que caracteriza a saúde é a abertura a eventuais modificações e a capacidade normativa, isto é, a possibilidade de instituir novas normas, de ultrapassar a norma que define o normal momentâneo e de tolerar as infrações à norma habitual. Já o patológico é a perda da capacidade normativa, impossibilidade de mudança, fixação, obediência irrestrita à norma. A saúde é uma certa capacidade de ultrapassar as crises para instalar uma nova ordem, é o luxo de se poder cair doente e restabelecer; implica em poder desobedecer, em produzir ou acompanhar uma transformação, em adoecer e sair do estado patológico.

Os conceitos de *saúde* e *doença* estruturam o campo disciplinar e o âmbito de práticas sociais no campo da saúde coletiva. Porém, ainda avançamos de forma insuficiente na construção conceitual do objeto saúde, em contraste com a concentração de esforços na produção científica dos modelos biomédicos de doença. Como nos adverte Almeida Filho (In: *Conceitos para uma Teoria da Saúde*, em preparação para publicação), “Todos querem saber o que é saúde. (...) Isso significa enorme demanda epistemológica resultante de ampla pressão social, política, institucional e ideológica.” (p. 06). E nossa incursão pela produção teórica no campo da saúde coletiva corrobora essa afirmação de que ainda temos muito a avançar no entendimento dos processos e

concepções do objeto complexo saúde-doença-cuidado e na construção de práticas voltadas para a saúde individual e coletiva.

No âmbito coletivo, encontramos algumas produções que enfatizam a importância da inclusão da família e comunidade como objetos de cuidado, tanto como forma de favorecer o cuidado do indivíduo doente a partir de sua rede de relações, como também para possibilitar um cuidado voltado à prevenção de doenças e promoção da saúde. Também identificamos componentes de fomento à mobilização e controle social com as propostas de implicação do coletivo na cena do cuidado à saúde, assim como uma valorização dos aspectos sócio-culturais na implementação de estratégias de cuidado.

Considerando a dimensão individual dos agentes a receberem os cuidados, identificamos diferenciações quanto ao uso de nomenclaturas e papéis desempenhados por estes em relação tanto aos profissionais de saúde, cuidadores não-profissionais, serviços e comunidade. Pessoa, ser humano, indivíduo, sujeito, cidadão, usuário, cliente, paciente, doente, sofredor, dentre outros, são signos que trazem em si aspectos importantes na compreensão do seu papel ao colocarem-se em situação de encontro com os serviços de saúde, cuidadores e sociedade. Ora agentes passivos prontos a receberem o que lhes for ofertado, ora sujeitos implicados em seu processo de cuidado e afirmação de seus direitos e cidadania.

Enfim, palavras que são mais que formas de nomear e trazem consigo definições prévias dos papéis de cada um nos encontros entre os que estão imbuídos da tarefa de cuidar e os que demandam, explícita ou implicitamente, esses cuidados.

## 4.2. Eixo 02 – Contexto

A atenção à saúde, como expressão do cuidado às pessoas individual e coletivamente, sofre as influências dos arranjos de organização, modelos de atenção, gestão e financiamento, além da disponibilidade da infra-estrutura de recursos (PAIM, 2007a). Neste sentido, o Eixo 02 foi construído de modo a abordar aspectos acerca desses componentes do sistema de saúde, a partir de três categorias de análise relacionadas entre si: organização, modelo de atenção e gestão. Presentes em 38% das publicações selecionadas para análise nesse estudo, tornaram-se categorias para a formulação de propostas e elaboração de novos sentidos ao cuidado à saúde por se inserirem nesse processo como elementos fundamentais para conformação dos sistemas, serviços e formas de atuação em saúde que vão viabilizar a realização do cuidado de indivíduos e populações.

- **Organização**

O âmbito das práticas de saúde é formado por instituições públicas e privadas que realizam ações desenvolvidas pelos agentes da oferta de cuidados, voltadas para indivíduos e coletividades que demandam, direta e/ou indiretamente, cuidados à saúde. Os serviços de saúde correspondem a um grau de maior complexidade de organização dessas ações, onde diversos agentes se articulam para desenvolver atividades, coordenadas ou não; já os estabelecimentos referem-se a unidades sanitárias de diferentes níveis de complexidade. O sistema, nível mais complexo de organização das



práticas de saúde, envolve todos os outros e a sua coordenação. (VIEIRA-DA-SILVA, 1999).

O Sistema Único de Saúde<sup>16</sup> brasileiro, tema abordado sob diversos ângulos na produção teórica pesquisada, caracteriza-se enquanto o conjunto de ações e serviços públicos, complementados por instituições privadas, organizado através de uma rede regionalizada e hierarquizada de estabelecimentos de saúde. Enquanto sistema, propõe-se a articular, integrar e coordenar as instituições, estabelecimentos, serviços e ações de saúde de modo a resolver problemas e atender a necessidades conforme cada realidade local. Regulamentado pela Constituição Brasileira de 1988 e pelas Leis 8.080/90 e 8.142/90, apresenta a universalidade do acesso, a integralidade da assistência, a descentralização e a participação popular como princípios e diretrizes a serem considerados na conformação das formas de atenção à saúde.

A força desses princípios e diretrizes para a organização das ações e serviços de saúde é refletida na produção teórica no campo da saúde coletiva, tendo em vista que esses são temas abordados e discutidos, sob diversos ângulos, em inúmeras publicações que compuseram nosso banco de dados. A relevância dos movimentos sociais e controle social é também evidenciada.

Ainda que as iniciativas mobilizadas pelos movimentos sociais (em especial o Movimento da Reforma Sanitária<sup>17</sup> Brasileira) e encabeçadas pelo Sistema Único de Saúde não tenham alterado significativamente a atenção à saúde no Brasil, representam

---

<sup>16</sup> “O projeto do SUS é uma política de construção da democracia que visa a ampliação da esfera pública, a inclusão e a redução das desigualdades.” (CEBES, 2005).

<sup>17</sup> “Mais do que um arranjo institucional, o processo da Reforma Sanitária Brasileira é um projeto civilizatório, ou seja, pretende produzir mudanças dos valores prevalentes na sociedade brasileira, tendo a saúde como eixo de transformação e a solidariedade como valor estruturante.” (CEBES, 2005).

passos importantes para a reestruturação do sistema de serviços de saúde no sentido da melhoria dos cuidados à saúde das pessoas, individual e coletivamente (PAIM, 2007a).

Para Campos (2007a, p. 306):

A defesa do SUS e o sucesso do SUS dependem da força com que a sociedade brasileira coloque a vida das pessoas acima de todas as outras racionalidades, e ainda compreenda que as políticas públicas podem se constituir em um meio poderoso para a efetiva defesa da vida.

A formulação e implementação de políticas são apontadas como condições para mudanças na organização das ações e serviços de saúde e, principalmente, transformações no modelo de atenção e cuidado ofertado a indivíduos e coletividades. As políticas de saúde abrangem questões relativas ao poder em saúde (*Politics*), bem como as que se referem ao estabelecimento de diretrizes, planos e programas de saúde (*Policy*). É entendida como a resposta social (ação ou omissão) de uma organização (como o Estado) diante das condições de saúde dos indivíduos e das populações e seus determinantes, bem como em relação à produção, distribuição, gestão e regulação de bens e serviços que afetam a saúde humana e o ambiente. (PAIM, 2002; 2003a).

Temas referentes à legislação, manuais, protocolos, normatizações e diretrizes que regulam, conduzem e orientam as ações de saúde também foram identificados no processo de análise. Seus princípios são discutidos e algumas publicações evidenciam – além da influência de organismos internacionais na formulação das políticas de saúde nos países, como a Organização Mundial de Saúde e a Organização Pan-Americana de Saúde – a inserção do governo federal como o agente definidor da política de saúde no território nacional brasileiro, apesar da existência de iniciativas de descentralização e

fomento à autonomia dos municípios e equipes locais com a municipalização<sup>18</sup> da saúde. Ugá & Marques (2005) atrelam essa característica do governo federal de determinação da política de saúde às formas de financiamento dos serviços e ações em vigor no Brasil.

O financiamento, componente fundamental para organização de sistemas, serviços e ações em saúde, surge como tema específico em algumas referências e de forma superficial em outras. Destacamos as seguintes abordagens ao tema: insuficiência de recursos, alocação e formas de repasse destes, utilização e gerenciamento, assim como os custos de determinados procedimentos associando-o à efetividade. A relação entre as necessidades de saúde e os recursos disponíveis para organização da oferta dos serviços às pessoas é uma temática bastante presente nos dados e se apresenta, em geral, atravessada por discussões acerca da equidade, do racionamento de cuidados e também da bioética. Algumas poucas publicações referem o uso de recursos financeiros em saúde como um investimento na melhoria da qualidade de vida da população.

Conforme Ugá & Marques (2005, p. 230-231),

Os obstáculos enfrentados ao longo da implementação do SUS, no que diz respeito ao seu financiamento, não são inerentes ao modelo de sistema de saúde em que ele se inspira, sendo, ao contrário, fruto de fatores extra-setoriais relacionados, fundamentalmente, às políticas de ajuste macroeconômico que vinculam nada menos que a metade do gasto público ao pagamento das despesas com juros, encargos e amortização da dívida interna e externa (...) o que evidencia a prioridade

---

<sup>18</sup> A municipalização da saúde caracteriza-se por ser um processo de descentralização territorial das decisões político-administrativas e do financiamento, da desconcentração de bens e serviços, de modo a garantir a autonomia municipal na formulação de suas políticas e formas de organização da atenção. A descentralização, em tese, não se trata apenas de uma delegação e divisão de funções entre os governos federal, estaduais e municipais, mas também se refere à redistribuição de poder através de diferentes espaços territoriais e atores sociais.

absoluta do ajuste fiscal, em detrimento do cumprimento do dever do Estado no financiamento de políticas sociais cidadãs.

As relações público-privado também são objeto de discussão no campo da saúde coletiva evidenciada nos textos selecionados. Tratam da fragmentação e segmentação vigente no sistema de saúde brasileiro e destacam a importância da regulação estatal em relação ao mercado de Saúde Suplementar de modo a preservar os direitos dos usuários e a qualidade da atenção. O formato institucional híbrido da assistência à saúde no Brasil e a coexistência de um sistema público e um sistema privado com formas diferenciadas de acesso, financiamento e produção de serviços são aspectos evidenciados nas publicações.

A importância de um sistema de informações de saúde é também sinalizada na literatura, no sentido de melhor estruturar as ações e os serviços a partir das informações sobre as condições de saúde da população. Essas informações, conforme as publicações selecionadas, favorecem o planejamento, acompanhamento e avaliação adequados das ações de saúde, orientam a tomada de decisões, ajudam na utilização e aplicação de recursos e determinam o uso dos recursos financeiros. A adoção de estruturas de linguagem nacional, com o uso de programas de informática, favorece a comunicação entre os dirigentes governamentais das políticas de saúde e os prestadores de cuidado e, conseqüentemente, a organização dos serviços. Destaque para a importância da utilização das informações em saúde para subsidiar tomadas de decisão mais adequadas às realidades epidemiológicas, além da divulgação dos níveis de saúde para a população e as instâncias de controle social.

De acordo com Ugá & Marques (2005), o processo de transformação da organização do sistema de saúde oferecido à população requer não só mudanças político-institucionais, organizacionais, culturais e financeiras, mas também na própria concepção do modelo de atenção à saúde. A organização do sistema de saúde é uma temática discutida nas referências encontradas quase sempre associada à reorientação do modelo de atenção, porém, apesar de apresentadas como imbricadas, as diferenças de níveis e objetos de intervenção são demarcadas.

- **Modelos de Atenção**

Noção que estabelece intermediações entre o técnico e o político, os modelos de atenção configuram-se como a concretização de diretrizes das políticas de saúde em diálogo com o saber técnico e os aspectos histórico-sociais. Modelos de atenção, modelos assistenciais ou modos de intervenção em saúde podem ser definidos, segundo Paim (2003c), como combinações tecnológicas estruturadas em função de problemas de saúde que compõem o perfil epidemiológico de uma dada população e que expressam necessidades sociais de saúde historicamente definidas. Os modelos assistenciais são combinações de saberes (conhecimentos) e técnicas (métodos e instrumentos) utilizadas para resolver problemas e atender necessidades de saúde individuais e coletivas, não sendo, portanto, simplesmente uma forma de organização dos serviços de saúde nem tampouco um modo de administrar (gerir ou gerenciar) um sistema de saúde (PAIM 1993; 1999). A partir dessa perspectiva, Teixeira (2006, p. 25) apresenta-nos a seguinte definição:

Os modelos de atenção são formas de organização das relações entre sujeitos (profissionais de saúde e usuários) mediadas por tecnologias (materiais e não materiais) utilizadas no processo de trabalho em saúde, cujo propósito é intervir sobre problemas (danos e riscos) e necessidades sociais de saúde historicamente definidas.

Teixeira (2006) descreve, a partir de uma concepção sistêmica, três dimensões referentes ao modelo de atenção: a dimensão gerencial, concernente aos mecanismos de condução do processo de reorganização das ações e serviços; a dimensão organizativa, relativa às relações entre os estabelecimentos e serviços de saúde; e a dimensão técnico-assistencial, caracterizada pelas relações entre os sujeitos das práticas e seus objetos de trabalho, mediadas pelo saber e tecnologia. Neste sentido, a reorientação do modelo de atenção e a implementação de formas de cuidado à saúde das pessoas, tema de múltiplas publicações do nosso banco de dados, exige a conjunção de propostas e estratégias sinérgicas dessas três dimensões para ser concretizada.

A reorientação do modelo de atenção e a qualificação do cuidado à saúde são apontadas nos textos selecionados, de forma majoritária, como possíveis mediante a reorganização da atenção básica articulada à atenção especializada, com ênfase no desenvolvimento da Estratégia de Saúde da Família<sup>19</sup>, assim como a organização do sistema de saúde em rede e conforme Níveis de Complexidade, o que alguns autores nomeiam como integralidade da atenção. Além disso, a influência das premissas da Promoção à Saúde e da Atenção Primária à Saúde e sua operacionalização na prática cotidiana são indicadas como fundamentais para a tão almejada mudança nas formas de cuidar de indivíduos e coletivos.

---

<sup>19</sup> Identificamos, de forma quase unânime entre as publicações, a referência à Estratégia de Saúde da Família como a principal forma para a reorientação do modelo de atenção se efetivar em nosso país.

Trazendo um novo enfoque para o campo da saúde, a I Conferência Internacional de Cuidados Primários à Saúde, realizada em Alma Ata (WHO, 1978), apresenta como algumas de suas marcas principais a meta de Saúde para Todos no ano 2000 e a estratégia da Atenção Primária de Saúde, além de outros componentes de igual relevância: a reafirmação da saúde como direito humano fundamental, que as desigualdades são inaceitáveis, que os governos têm a responsabilidade pela saúde dos cidadãos e que a população tem o direito de participar das decisões no campo da saúde. Vejamos a definição de cuidados à saúde elaborada nessa conferência e presente em seu relatório (WHO, 1978):

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto ao desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde.

Assim, lançam-se as sementes para a implementação de um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo que envolve a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. Estas são ações apresentadas e discutidas por autores de muitos textos selecionados para composição de nosso banco de dados e indicadas como fundamentais para um cuidar mais completo, integral e proporcional às necessidades de saúde dos indivíduos e populações.

As conclusões e recomendações da Conferência de Alma Ata trouxeram um importante reforço para os defensores da estratégia da promoção da saúde, que culminou com a realização da I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em Ottawa, Canadá (WHO, 1986). A Carta de Ottawa é referência ao desenvolvimento das idéias de promoção à saúde em todo o mundo e tem orientado as conferências subseqüentes<sup>20</sup> em que os princípios foram reafirmados, melhor desenvolvidos e divulgados por todo o mundo. A promoção à saúde tem representado uma estratégia promissora para enfrentar os múltiplos problemas de saúde que afetam as populações humanas e exercido uma crescente influência na organização dos sistemas de saúde de diversos países.

A promoção à saúde, temática abordada direta ou indiretamente nas publicações selecionadas que tratam da relação entre a reorientação do modelo de atenção e o cuidado à saúde ofertado às pessoas, constitui-se a partir de uma concepção ampla do processo saúde-doença-cuidado e de seus determinantes; propõe a articulação de saberes técnicos e populares, bem como a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para seu enfrentamento e solução. Sua abordagem apresenta contribuições relevantes que ajudam a romper com a hegemonia do modelo biomédico, tendo em vista que acentua o papel protagonista dos determinantes gerais sobre as condições de saúde bem como o entendimento que a saúde é produto de um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida. (BUSS, 2000).

---

<sup>20</sup> Adelaide, 1988; Sundsväl, 1991; Santa Fé de Bogotá, 1992; Port of Spain, 1993; Canadá, 1996; Jacarta, 1997; Rede de Megapaíses, 1998; México, 2000; Bangkok, 2005.



A promoção da saúde, definida como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo, apresenta um conjunto de valores que norteiam as suas práticas (vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e ação conjunta, entre outros) e as seguintes estratégias: implementação de políticas públicas saudáveis; efetiva articulação intersetorial; criação de ambientes favoráveis à saúde, reorientação dos serviços de saúde; mobilização da população/comunidade; desenvolvimento de habilidades pessoais. (WHO, 1986).

A saúde, sob essa perspectiva, é entendida não como um objeto em si ou ausência de doença, mas positivamente como um recurso fundamental para a vida cotidiana e considerada como o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma importante dimensão do bem-estar e da qualidade de vida. A saúde deixa de ser um estado estático, biologicamente definido, para ser compreendida como um estado dinâmico, socialmente produzido.

Vale destacar que nas publicações que apresentam a temática da reorientação do modelo de atenção a partir dessa compreensão sobre os processos Saúde-Doença-Cuidado, a noção de cuidado à saúde conforma-se não apenas a partir do objetivo de diminuir o risco de doenças, mas também aumentar as chances de saúde e de vida, acarretando uma intervenção multi e intersetorial sobre os chamados determinantes do processo Saúde-Doença-Cuidado.

A partir das construções teóricas e práticas referentes à reorientação do modelo de atenção, o cuidado à saúde tem se deslocado do eixo da recuperação da saúde de indivíduos doentes para a prevenção de riscos e agravos, bem como a promoção da

saúde das pessoas e grupos populacionais, tomando como objeto os problemas de saúde e seus determinantes, a organização da atenção incluindo não somente as ações e serviços voltados para os efeitos dos problemas, mas, sobretudo, que incidam sobre o modo de vida das pessoas e populações. (PAIM, 2003b; TEIXEIRA, 2006).

- **Gestão**

O Cuidado à Saúde, objeto atravessado pela organização dos serviços e modelos de atenção, apresenta relação direta com a gestão. Conforme Paim (2007b, p. 82):

A gestão em saúde pode ser reconhecida como a direção ou condução de processos político-institucionais relacionados ao sistema de saúde, eminentemente conflituosos ou contraditórios, ainda que nos níveis técnico-administrativo e técnico-operacional desenvolva ações de planejamento, organização, gerenciamento, controle e avaliação dos recursos humanos, financeiros e materiais empregados na produção de serviços de saúde.

A gestão, uma das disciplinas tecnológicas básicas da saúde coletiva, é abordada na produção teórica selecionada nesse estudo tanto sob a perspectiva da gestão dos serviços e os processos de trabalho produtores diretos da assistência e dos cuidados de saúde, quanto sob o enfoque da gestão do sistema de saúde envolvendo aspectos da formulação, execução, implementação e coordenação de políticas e modelos de atenção.

Conforme Garcia (2001), podemos classificar a gestão em três níveis: a *macro-gestão* que se refere às ações de formulação e implementação de políticas; a *meso-*

*gestão* referente às atividades de condução de uma organização; e a *micro-gestão*, relacionada às tarefas de coordenação dos processos de trabalho desenvolvidos em uma organização. Porém, de acordo com Schraiber et al (1999), gestores de vários níveis sempre se envolvem com a oferta de cuidados, na medida que implementam uma certa organização dos serviços vislumbrando as diretrizes do sistema de saúde, suas políticas e modelos de atenção à saúde, assim como os aspectos que envolvem o cotidiano nos serviços. Para Merhy (1999), a gestão se depara com a tensão entre política e processos de trabalho, que conformam as bases para o conjunto das organizações de saúde, em que se opera cotidianamente a produção dos modelos de atenção. Conforme Paim (2007b), as reflexões sobre a gestão não se limitam a pensar objetos-meio<sup>21</sup> isoladamente, mas suas articulações com objetos-fim<sup>22</sup> em uma totalidade social.

Nas publicações selecionadas percebemos, de uma maneira geral, a abordagem da temática da gestão sob os seguintes aspectos: a gerência direta de serviços de saúde em todos os níveis de complexidade; a qualidade assistencial dos serviços; recursos humanos, com propostas de organização do coletivo de trabalho; implementação de programas assistenciais; planejamento; avaliação das atividades e ações dos serviços; financiamento das ações; utilização da legislação, portarias, normas e diretrizes nacionais e específicas na execução de seu trabalho cotidiano; a implementação das diretrizes políticas e dos modelos de atenção a partir da organização dos serviços; assim como proposições de formas de gestão.

---

<sup>21</sup> Recursos financeiros, materiais, 'informacionais', de poder, dentre outros.

<sup>22</sup> Tais como: intervenção, assistência, acolhimento, cuidado etc.

A gerência de unidades de saúde – associada à idéia de uma coordenação que direcione as ações – é colocada em muitas referências como uma função da enfermagem. Porém, discussões sobre a complexidade do exercício da gestão e sua relação direta com o cuidado à saúde, individual e coletivamente, problematizam e ampliam a importância desse lugar a ser ocupado por múltiplos e diferenciados atores, bem como classificam atribuições e formas de fazer gestão diversas. Destaque para as formas de gestão colegiada, implicando profissionais, usuários e comunidade, com indicações de que os serviços de saúde se apoiem em processos gerenciais autôgestores e democráticos, publicamente balizados a partir de contratos globais, centrados em resultados e na lógica dos usuários, dirigidos colegiadamente e articulados a uma rede de serviços, regulada pelo Estado e implicados com a produção do cuidado de modo centrado no usuário. (CECÍLIO, 1994; MERHY, 1998a, b).

Merhy (1997) defende a importância do autogoverno dos trabalhadores de saúde no interior do processo de trabalho e o lugar estratégico ocupado pela dinâmica do trabalho vivo em ato na conformação dos processos institucionais. Onocko Campos (2003a) apresenta a gestão como um lugar e um tempo onde e quando se possa experimentar a tomada de decisões coletivas e analisar situações com um grau de implicação maior em relação àquilo que é produzido.

Nas publicações encontramos discussões sobre processos de gestão associando-o à importância da formação técnica para essa função, assim como referências sobre a necessidade de lidar com as relações intersubjetivas que podem reger as organizações. Onocko Campos (2003a; 2005) apresenta a idéia de gestão como uma importante produtora de processos de subjetivação, “produtora de passagens, para dar cabida a tanta intensidade como há no trabalho em saúde” (p.579). Neste sentido, a gestão tem um

compromisso em dar um certo suporte, em criar instâncias de análise para as equipes, tendo em vista que a saúde caracteriza-se por ser um território composto por pessoas e em permanente estruturação com processos instituintes sempre em evidência.

Os problemas enfrentados no cotidiano dos serviços significam para os gestores desafios práticos e possíveis dilemas técnicos, éticos ou políticos, em seus enfrentamentos, assim como problemáticas para o conhecimento de modo a apoiar as resoluções concretas e particulares que o cotidiano dos serviços demanda. A atenção, a organização e gestão do sistema estão relacionados entre si e, dessa maneira, faz-se necessário não dissociar a questão do cuidado das formas de organização do trabalho, modelos de atenção e sua gestão, esta atrelada a questões técnicas e também subjetivas.

### **4.3. Eixo 03 – Conceito**

A temática específica do cuidado à saúde é abordada, implícita e explicitamente, em aproximadamente 50% da produção teórica analisada. Identificamos a sua caracterização, de forma geral, como uma *prática* atravessada pelos conhecimentos produzidos no campo da saúde, sejam eles conhecimentos tecnológicos ou conceituais.

A elaboração teórica sobre o cuidado entendido enquanto *práticas de saúde*, conceito elaborado pioneiramente por Donnangelo (1976) e Mendes-Gonçalves (1994) e caracterizado como componente da prática social, possibilita pensar a especificidade das práticas de saúde no âmbito da saúde coletiva a partir de seus momentos constituintes: objetos, meios de trabalho, o trabalho propriamente dito, agentes e

relações técnicas e sociais. Enquanto processo de trabalho, a prática é constituída por três componentes básicos: objeto, instrumentos de trabalho e atividades. (SCHRAIBER, 1990; MENDES GONÇALVES, 1994).

Algumas das publicações selecionadas refletem a concepção do senso comum ao considerar o cuidado à saúde como um conjunto de procedimentos orientados pela ciência e pela técnica<sup>23</sup>, realizados por um profissional especialista competente, visando o bom êxito de um determinado tratamento de modo a alcançar a remissão de sintomas, a eliminação de doenças e o retorno ao estado considerado normal. Apesar da referência à cientificidade dos procedimentos e da preponderância dos profissionais de saúde como agentes de cuidados, vale destacar variações acerca dos procedimentos a serem utilizados e dos profissionais responsáveis pela oferta desses cuidados, algumas vezes associados a formas de cuidados julgados não-oficiais, não científicos.

O objeto do cuidado apresenta-se, em geral, associado à doença em indivíduos, grupos específicos (classificados conforme ciclo de vida e gênero, etnia e raça, agravos/doenças específicos), famílias, comunidades, população e sociedade em geral, com o desenvolvimento de ações individuais e coletivas. Os objetos do cuidado identificados referem-se aos problemas de saúde, quais sejam: riscos, agravos, doenças e mortes.

Campos e Onocko Campos (2006), ao abordar a discussão sobre redefinição do objeto da prática em saúde, propõem pensar o objeto do cuidado como uma síntese entre problemas de saúde (riscos, vulnerabilidade e enfermidade) sempre encarnados em sujeitos concretos. Os objetivos essenciais seriam, nessa perspectiva, a própria produção

---

<sup>23</sup> Termo que, por metonímia, vem frequentemente sendo substituído pelo termo *tecnologia*.

de saúde e também a co-construção de capacidade de reflexão e de ação autônoma para os sujeitos envolvidos nesses processos: trabalhadores e usuários, individual e coletivamente. Conforme Campos (2006a, p. 81), “o objeto do trabalho em saúde é um sujeito (paciente/família/comunidade) com problema de saúde.”

As necessidades de saúde apresentaram-se, na produção teórica analisada, reduzidas a problemas de saúde e não às condições necessárias para a saúde, para uma vida saudável. As necessidades de saúde, conforme Mendes-Gonçalves (1992), caracterizam-se não apenas pelas carências ou problemas de saúde, mas também pelos projetos que expressem “aquilo que precisa ‘necessariamente’ ser satisfeito para que um ser continue sendo um ser” (p.19), ou seja, a defesa da saúde, do ambiente, da vida e sua qualidade. Novamente Paim (2007b, p. 149-150) nos auxilia:

Na medida em que as necessidades da saúde vão além das necessidades de serviços de saúde elas não se restringem a problemas de saúde, sejam doenças, riscos. Podem ser carências ou vulnerabilidades que expressam modos de vida e identidades. Podem ampliar-se, portanto, para o que é necessário para ter saúde, sejam os determinantes socioambientais e culturais, seja a idéia de projeto (de felicidade, qualidade de vida, gozo estético, filosofia, etc.).

Algumas publicações sinalizam a necessidade de promover saúde e intervir no sentido de prolongar a vida, proporcionar uma vida melhor, ampliar a qualidade de vida vivida, a capacidade de autonomia e o bem-estar das pessoas, mas se voltam para a doença como objeto a ser evitado, contido e/ou extirpado. Assim, temos práticas individuais e coletivas, orientadas por tecnologias e conceitos, voltadas para a doença com o objetivo de intervir para tratar, prevenir, controlar, aliviar. Apesar de objetivar a saúde, parte-se da doença. Gadamer (2006), ao discutir o caráter oculto da saúde, argumenta que o objetivo maior permanece sendo tornar-se novamente sadio, mas, com

isso, esquecemos que estamos sadios, tendo em vista que “a saúde não é algo que se possa fazer” (p. 07). E mais uma vez a questão sobre o que é saúde bate à nossa porta, questão essa reconhecida desde a Grécia antiga (CANGUILHEM, 1990). Para Coelho & Almeida Filho (2002, p. 04), a questão é que

A carência de estudos sobre o conceito de saúde propriamente definido parece indicar uma dificuldade do paradigma científico dominante nos mais diversos campos científicos de abordar a saúde positivamente.

Isso se faz notório na formulação e implementação de políticas, organização de sistemas e serviços e, principalmente, nas formas de cuidar, no cuidado à saúde em si.

Para a reflexão sobre o *cuidar* e com base nos dados levantados a partir da análise das publicações selecionadas, partiremos de três dimensões que atravessam o cuidado à saúde, nomeadas de técnico-científica, subjetivo-relacional e sócio-política.

- **Dimensões:**

- I. Técnico-científica**

A técnica refere-se ao “conjunto de procedimentos bem definidos e transmissíveis, destinados a produzir determinados resultados considerados úteis; são tradições que se legam de geração a geração, pelo ensino individual, pela aprendizagem, pela transmissão oral dos segredos de ofício e de processos” (LALONDE, 1993). A técnica é o conjunto de procedimentos universais, com vistas a finalidades específicas, transmitidas por meio de aprendizado, podendo implicar em um certo fechamento de



meios e fins, caracterizada, na tecnociência, pela valorização do racionalismo instrumental, da criação de universais e da objetivação do fato humano.

A progressiva cientificidade e sofisticação tecnológica, o caráter individualista, apriorístico, estático, instrumental e objetificado prevalente nas práticas do setor saúde, em que o controle técnico das doenças e o êxito técnico dos procedimentos condicionam as formas de cuidado, têm caracterizado as concepções e formas de atuação hegemônicas no campo da saúde. A ciência produz conhecimentos sobre o processo Saúde-Doença-Cuidado e esse conhecimento é transformado em saberes e instrumentos para intervenção aplicados pelos profissionais de saúde.

Neste sentido, o cuidado está, conforme observamos, relacionado a uma intervenção técnica especializada que resolva, com mínimos efeitos danosos, a questão de saúde (ou seria doença?) trazida pelos indivíduos e coletivos, após serem diagnosticados, tratados corretamente e orientados a seguir as recomendações e/ou terapêuticas propostas. A equação do cuidado, a partir da racionalidade biomédica hegemônica, refere-se à aplicação de tecnologias/técnicas comprovadas cientificamente, objetivas e universais, em que as intervenções produzam os efeitos desejados, ou seja, o êxito técnico dos procedimentos científicos aplicados. Temos, dessa maneira, a primazia e a naturalização do individual, da técnica, da intervenção, do mensurável, do comprovado cientificamente. Contudo, a identificação da necessidade de transformações nas formas de cuidar de indivíduos e coletividades se fazem presente na produção teórica analisada com indicações de novos componentes para a cena do cuidado à saúde.

Merhy (1997), autor muito citado nas publicações, classifica três categorias de tecnologias no campo da saúde: a *tecnologia dura*, relacionada a equipamentos tecnológicos, normas, rotinas e estruturas organizacionais; a *tecnologia leve-dura*, compreendendo todos os saberes bem estruturados que atuam no processo de saúde; e a *tecnologia leve*, referente às tecnologias de relações, de produção de comunicação, de acolhimento, de vínculos, de autonomização. São categorias interrelacionadas, porém o referido autor enfatiza a importância das tecnologias leves no cuidado à saúde, presentes no espaço relacional trabalhador-usuário e implicadas na produção das relações entre sujeitos.

A primazia da técnica, naturalizada em detrimento da experiência subjetiva singular, esta adotada enquanto acessória e até mesmo suspeita, depara-se com a resistência ao ‘paroxismo tecnicista do horizonte normativo dos discursos sanitários’, o que implica, necessariamente, rever também o cientificismo que domina seus regimes de validade proposicional (CASTIEL, 1994; 2005). Conforme Ayres (2000), quanto mais tecnologia leve, mais tecnologias leve-duras e duras se farão necessárias para garantir sua objetividade, numa produção e consumo interminável de maquinários e competências científicas e técnicas. Neste sentido, defende a possibilidade de não criar universais, a valorização da sabedoria prática<sup>24</sup>, assim como a necessidade de nos libertarmos do racionalismo estritamente instrumental e da objetificação do fato humano pela tecnociência.

---

<sup>24</sup> *Sabedoria prática* é um conceito derivado da filosofia aristotélica, presente em nossos dias pela hermenêutica filosófica, que diz respeito a um saber conduzir-se frente às questões da práxis vital que não segue leis universais ou modos de fazer conhecidos a priori, mas desenvolve-se como *phrónesis*, isto é, como um tipo de racionalidade que nasce da práxis e a ela se dirige de forma imediata na busca da construção compartilhada da Boa Vida. (GADAMER, 1997a, 1997b).

Apesar de muitas publicações exaltarem a dimensão não-técnica e o aspecto relacional, intersubjetivo, comunicativo no cuidado à saúde – as chamadas *tecnologias leves* classificadas por Merhy (1997) –, a dimensão técnico-operacional está presente nos encontros e se faz necessária. Onocko Campos (2005) nos adverte sobre a importância de “não descartar a clínica e sua qualidade técnica, como se fosse o bebê com a água do banho” (p. 578), tendo em vista que a técnica pode se constituir em alavanca de novos processos criativos, abertos à diversidade, acolhedores da diferença. A possibilidade da técnica funcionar como receita prescritiva, *guarda-chuva defensivo* contra aquilo que no outro nos ameaça não é uma qualidade inerente a ela, mas dependerá do contexto de experimentação e dos operadores da técnica em questão.

## **II. Subjetivo-relacional**

Conforme Castiel (1994), ao se estabelecer uma correspondência direta entre *efeito desejado* e *bom resultado*, denota-se o grau em que uma intervenção deve ser operacionalizada a partir de determinado diagnóstico, numa retórica pertencente a uma cultura separada da vida e, portanto, de pouca utilidade para o que, segundo o autor, de fato importa: viver – com seus prazeres, seus limites, suas singularidades. Neste sentido, propõe uma nova categoria de análise denominada *cenários da vida*, com a incorporação do aleatório, do acaso, do inesperado e aponta para a crise de legitimidade das formas hegemônicas de cuidado em saúde. O cuidado à saúde restrito à aplicação de tecnologias, conforme essa perspectiva, perde seu interesse pela vida e, assim, perde também o elo de ligação entre seus procedimentos técnicos e os contextos e finalidades práticos que os originam e justificam.

Nada mais se pode esperar de uma técnica do que a resolução de problemas técnicos, vinculados estritamente às relações sujeito-objeto. (CASTIEL & VASCONCELOS-SILVA, 2005)

Nessa mesma direção, algumas referências pesquisadas evidenciam a insuficiência do modelo instrumental, fragmentado, mecanicista, explicativo, objetificador de causa e cura do discurso biomédico no campo da saúde e destacam a necessidade de construção de modelos conceituais e metodológicos que permitam uma transformação da práxis, passando da intervenção ao cuidado do ser humano. De acordo com Waldow (1998), o cuidado não pode se resumir à ação técnica, à execução de um procedimento, ou seja, ao fazer; ele é relacional e inclui o ser. Trata-se de uma convergência com Gadamer (2006, p. 22) que afirmou:

É em virtude deste saber do ser humano de si mesmo que a ciência, que procura reconhecer tudo o que seja possibilitado pelos seus meios metodológicos, se confronta, de uma maneira especial, com o tema 'ser humano'.

A permeabilidade do técnico ao não-técnico, a possibilidade de fazer dialogar a normatividade morfofuncional das tecnociências biomédicas com uma normatividade de outra ordem, oriunda do mundo da vida, são idéias defendidas por Ayres como possibilidades de (res)significar a saúde, o profissional, o cuidado. Nessa perspectiva, êxito técnico e sucesso prático não são considerados sinônimos e muito menos eventos intercambiáveis: originam-se e destinam-se a esferas relativamente distintas da experiência. O autor defende um cuidado à saúde que se apóie na tecnologia, mas não se subordine a ela, subverte-a; que não crie objetos, mas realize sujeitos diante dos objetos criados no e para seu mundo, resgatando, através da sabedoria prática, o potencial re-

subjetivador do ato assistencial e des-mistificando a auto-regulação tecnológica. (AYRES, 2000; 2001; 2004a; 2004b). Conforme Ayres (2001, p. 08):

O cuidado à saúde possui um enorme potencial para subverter o paroxismo objetificador das pessoas nas práticas de saúde a partir da intersubjetividade viva no momento assistencial que permite escapar a uma objetivação dessubjetivadora exatamente porque ali se efetiva uma troca, um espaço relacional, que extrapola o tecnológico.

Assim, o cuidado à saúde também é caracterizado como atitude e espaço de reconstrução de intersubjetividades, de exercício aberto de uma sabedoria prática para a saúde, apoiada na tecnologia, mas sem deixar resumir-se a ela. Nessa perspectiva, há uma profunda rejeição da redução instrumental da racionalidade contemporânea, buscando resistir ao caráter fragmentário e auto-regulado a ela impresso pelo tecnicismo e reconciliar o conhecimento com seu sentido ético, moral e político, trazendo novas vozes ao campo da saúde.

Ao colocar em cena um tipo de saber que se distingue da universalidade da técnica e da ciência, como também ao se diferenciar do livre exercício da subjetividade criadora de um produtor de artefatos, o cuidado à saúde apresenta uma potencialidade reconciliadora entre as práticas de cuidado e a vida, ou seja, abre a possibilidade para um diálogo aberto e produtivo entre a tecnociência biomédica e a construção livre e solidária de uma vida que se quer feliz. Ao fugir da objetivação dessubjetivadora, o cuidado à saúde – e seus contextos de intersubjetividade – abre espaço para uma pluralidade de saberes e normatividades de natureza não tecnicista, em que o sucesso prático e a construção de projetos de felicidade surgem como finalidades da intervenção.

Boff (2000a; 2000b) argumenta a favor de uma nova forma de cuidado que se revele uma atitude de colocar atenção, mostrar interesse, compartilhar e estar com o outro com prazer; não uma atitude sujeito-objeto, mas de sujeito-sujeito, numa relação não de domínio sobre, mas de com-vivência, não de intervenção, mas de interação. Assim, cuidar é considerado mais que um ato, é uma atitude que abrange mais que um momento de atenção, de zelo, de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, responsabilização e envolvimento afetivo com o outro. Cuidar entendido enquanto relação intersubjetiva que se desenvolve num tempo contínuo, e que, além do saber profissional e das tecnologias necessárias, abre espaço para a negociação e a inclusão do saber, do afeto, dos desejos e das necessidades do outro.

Conforme Arouca (2003), ao se basear no cuidado, o trabalho em saúde é também um “trabalho afetivo” que requer contato humano e onde a cooperação é imanente. No encontro entre *agentes da oferta de cuidados* e os *agentes que demandam cuidados*, de acordo com Onocko Campos (2005, p. 579), os corpos e as afetividades se encontram na medida em que “estar em contato significa expor-se a afetos e, portanto, ser afetado.”.

Verificamos, assim, na construção histórica do conceito de cuidado na conjuntura sanitária brasileira atual, um resgate de valores que foram negativados ao longo das opções históricas que elegeram a forma atual dominante de construção da vida social e um trabalho no sentido da abertura à instauração de novos sistemas de valores. Tais valores evitam a redução de necessidades de saúde a processos fisiopatológicos – redução esta que nos tem impedido de compreender a diferença que há entre complexidade científica das patologias e complexidade tecnológica do trabalho

em saúde –, revalorizam a busca por assistências progressivamente totalizadoras do cuidado produzido (ao invés da somatória dos atos especializados) e institui a dimensão subjetiva das práticas de saúde como parte da inovação tecnológica. Uma prática cujas relações interpessoais também resguardem o sentido humano das profissões em saúde e contraponha-se à visão predominante de uma cisão necessária entre o que é técnico-científico e o que é humano no cuidado à saúde. (SCHRAIBER & MENDES-GONÇALVES, 1996).

Teixeira (2005) defende que a dicotomia *tecnologia X fator humano* é enganosa e, ao argumentar sobre a relação entre aspectos técnicos e aspectos humanistas nos conduz à idéia de humanização como elemento importante para a transformação do encontro terapêutico em cuidado. Apesar dos múltiplos sentidos, por vezes controversos, que a idéia de humanização adquire, não apenas no âmbito da saúde, mas também no debate filosófico e nas ciências humanas de forma geral, falar sobre humanização é falar sobre relações. E, no campo da saúde, Deslandes (2004) aponta para o desafio da humanização no que se refere à possibilidade de constituir uma nova ordem relacional, pautada no reconhecimento da alteridade e no diálogo.

Conforme Gadamer (2006), os domínios da ciência sempre penetram na vida das pessoas e, quando se trata da aplicação do conhecimento científico à própria saúde, o ser humano não se torna objeto somente da perspectiva científica, tendo em vista que cada agente envolvido no cuidado possui suas experiências, costumes, singularidades. Assim, adverte-nos da necessidade de alcançar o equilíbrio entre a capacidade de fazer e o querer e fazer responsável, sinalizando para os aspectos éticos, tendo em vista que as

questões envolvidas no cuidado à saúde atingem diretamente as pessoas, as relações, a vida.

### **III. Sócio-política**

Os desafios da prática impõem aos sujeitos, individuais e coletivos, não só perícia técnico-científica, mas sobretudo militância sociopolítica. (PAIM & TEIXEIRA, 2006, p. 73).

O cuidado à saúde sob o enfoque da saúde coletiva, além das dimensões acima identificadas, refere-se a um conjunto de ações eticamente comprometido com o seu objeto, perpassado pelos valores de solidariedade, equidade, justiça, cidadania, liberdade, emancipação, autonomia, alteridade, respeito à diferença, e democracia (PAIM, 2007b). Apesar de pouco aprofundada nas publicações que compuseram o nosso banco de dados, esse aspecto da saúde coletiva emerge cotidianamente – em seu âmbito de práticas e campo de saber – e apresenta o potencial de nos conduzir à busca de transformações estruturais na organização social, objetivando reduzir a desigualdade social e o exercício da democracia.

Enquanto prática social e técnico-científica articulada às demais práticas sociais – econômicas, políticas, ideológicas e culturais, a saúde 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. (PAIM, 2007b, p.134-135).

O cuidado emancipatório à saúde, em seu sentido ecológico, social e epistemológico é referido por Pires (2004a; 2004b; 2005) como relação processual de ajuda que se reconstrói na autonomia relativa de sujeitos e pressupõe o entendimento de



que relações solidárias em prol da cidadania do outro podem vir a reordenar progressivamente assimetrias de poder. Esse manejo político e reconstrutivo da relação dialética estabelecida entre ajuda e poder para a construção da autonomia de sujeitos é entendida como politicidade do cuidado. Politicidade, por sua vez, é a habilidade política humana de saber pensar e intervir criticamente, numa busca imanente por autonomia crescente (DEMO, 2002).

Conforme Pires (2005), é justamente pela politicidade que o cuidado – mediação criadora entre a racionalidade e a pulsão presente no afeto – pode se tornar emancipatório ou desconstrutor das próprias estruturas que o subjagam, à medida que contempla o potencial da mudança, da desconstrução reconstrutiva, da ruptura dos interditos e sublevações opressivas, tendo por foco a construção da autonomia, síntese de diversos modos de cuidar.

A autonomia pode ser traduzida em um processo de co-constituição de maior capacidade dos sujeitos de compreenderem e agirem sobre si mesmos e sobre o contexto conforme objetivos democraticamente estabelecidos. O sujeito autônomo é o sujeito do conhecimento e da reflexão, com capacidade de lidar com o sistema de poder, de operar com conflitos e de estabelecer compromissos e contratos com outros sujeitos para criar bem-estar e contextos mais democráticos. Os profissionais de saúde exerceriam, nesse sentido, o papel de agenciadores e de potencializadores de processos de mudança, de novas leituras sobre si mesmos e sobre o mundo nas comunidades. (CAMPOS & ONOCKO CAMPOS, 2006).

Campos (2006, p. 58) assinala ainda que a

Possibilidade de recomposição do modo de funcionamento dos sujeitos coletivos nos espaços microssociais é um dos caminhos mais seguros para garantir mudanças macrossociais estáveis e com menor grau de derramamento de sangue possível.

Além da *ação* sobre doenças e da *produção* de saúde, as publicações analisadas sugerem que o cuidado à saúde é atravessado pela possibilidade de contribuir para a ampliação do grau de autonomia das pessoas e exercício da cidadania a partir da construção de espaços de emergência de sujeitos políticos e de desejo, comprometidos com seu próprio processo saúde-doença-cuidado, suas formas de andar a vida, bem como com as transformações sociais.

Abordagens interdisciplinares, integrais e centradas no usuário visando o fortalecimento das redes solidárias, a participação social e situando a pessoa como sujeito do seu processo saúde-doença-cuidado, seja em nível individual ou coletivo, são elencadas na produção teórica do nosso banco de dados como ações com potencial emancipatório capaz de reordenar saberes, poderes e práticas. Conforme Campos (2006a), ao contrário de uma intervenção civilizatória, os profissionais devem oferecer, além de seus saberes e técnicas, a sua diferença e estranhamento como um convite a experimentar outras formas de ser na comunidade.

Sousa Santos (1995) destaca a necessidade de reconstrução das pontes lingüísticas entre o mundo da tecnociência e o senso comum e a construção de um cuidar que passa pelas competências e tarefas técnicas, mas não se restringe a elas, buscando compartilhamento de horizontes normativos entre os técnicos e o público. Ainda citando Campos (2006a), devemos aprender com o que as pessoas e as

comunidades têm a nos ensinar; desviar a reprodução e colocá-los na trilha da produção do novo: um novo cuidar, um novo relacionar-se, um novo viver...

## 5. Considerações Finais

O Cuidado à Saúde, objeto complexo atravessado pelas concepções de saúde e doença, foi abordado nesta pesquisa visando contribuir para o processo de construção de um marco teórico-conceitual no campo da Saúde Coletiva, com implicações em seu campo de saber e âmbito de práticas. A utilização de uma metodologia baseada na perspectiva hermenêutica possibilitou a análise e a compreensão das idéias de autores do campo da Saúde Coletiva brasileira apresentadas, implícita e/ou explicitamente, nas publicações selecionadas que compuseram o nosso banco de dados de modo a contribuir para a construção de novos sentidos para o Cuidado à Saúde.

Nomeado também como tratamento, assistência e atenção, a diversidade é o que caracteriza as práticas e as concepções-noções-definições a respeito do Cuidado à Saúde, ou seja, múltiplos são os usos e os significados do termo e também a sua aplicação no campo das práticas em saúde. Diversos são os sentidos, múltiplas são as formas; porém, alguns pontos de convergência se apresentam e possibilitam uma sistematização prévia para a construção do conceito.

Utilizando uma abordagem exploratória e descritiva, buscamos a compreensão, formulação de propostas e elaboração de novos sentidos concernentes ao objeto complexo Cuidado à Saúde a partir da construção de três eixos que nomeamos de *Eixo 01 – Agentes*, *Eixo 02 – Contexto* e *Eixo 03 – Conceito*.

Subdividido em 02 (duas) categorias, os agentes da oferta de cuidados e os agentes que demandam esses cuidados, o *Eixo 01 – Agentes* refere-se à elucidação dos

agentes envolvidos no Cuidado à Saúde a partir dos encontros entre eles. Como uma de suas múltiplas facetas e também ponto de convergência dos seus diversos usos, o *encontro* apresenta-se como condição para que o Cuidado à Saúde aconteça. Mas o que é *encontro*? Fomos buscar em alguns dicionários da língua portuguesa o que significa a palavra *encontro* e encontramos o seguinte: “reunião combinada ou casual; embate, disputa; choque, colisão; confluência de rios; conjunto de ombros” (HOUAISS & VILLAR, 2004); o “ato de encontrar-se” (FERREIRA, 2004). Encontrar, por sua vez, significa:

Ficar frente a frente com (algo que se procurava ou não), achar; passar a conhecer ou a ter consciência de, deparar com, descobrir; alcançar (condição que se procura); ir de encontro a, chocar-se, opor-se a, contrariar; ir ao encontro de, chegar; estar em certo lugar, condição, situação ou estado, achar-se, situar-se; estar equilibrado, satisfeito consigo mesmo. (FERREIRA, 2004; HOUAISS & VILLAR, 2004).

O Cuidado à Saúde remonta, inevitavelmente, à indicação da necessidade de encontros entre as pessoas, além de tudo o que elas trazem consigo: saberes, tecnologias, culturas, afetos... No campo da saúde, temos os encontros entre aqueles que supostamente precisam de cuidados e aqueles imbuídos da possibilidade de cuidar, sejam estes profissionais, equipes, serviços e/ou sistemas de saúde. Encontros atravessados por saberes, técnicas e subjetividades e que possuem, em geral, um caráter assimétrico da relação entre o *agente da oferta de cuidados* e o *agente que demanda o cuidado*, no qual aquele que precisa de cuidados se coloca, em algum grau, sob a responsabilidade daquele que cuida.

Entre os agentes da oferta de cuidados, destaque para os profissionais de saúde, a tendência à retenção do conhecimento e a atuação isolada em detrimento da colaboração

profissional. Identificamos também a valorização da atenção médica especializada e instrumentalizada pela tecnologia disponível no mercado e a referência ao médico como o profissional do cuidado por excelência, apesar da re-configuração do campo de práticas de saúde com a ampliação das categorias profissionais que constituem os chamados trabalhadores da saúde e a entrada dos *profissionais não-médicos* nesse cenário do cuidado.

Transformações nas formas de Cuidado à Saúde têm emergido através da composição de equipes multiprofissionais, com maior colaboração entre disciplinas e profissões e a constituição de campos essencialmente interdisciplinares e interprofissionais. Porém, apesar da ambição em constituir equipes interdisciplinares, há a predominância da multidisciplinaridade com o agrupamento de múltiplas categorias profissionais, a perpetuação do caráter corporativo e a atuação direcionada pelas características próprias de cada núcleo profissional. Destacamos a ênfase dada à formação profissional, a partir da perspectiva da educação permanente, como condição para a qualificação do cuidado à saúde.

E os cuidadores sem formação profissional? Verificamos a indicação da importância da participação da família, pessoas com algum tipo de vínculo, comunidade e da própria pessoa que demanda o cuidado como complementar no processo de Cuidado à Saúde, porém sempre vinculada à prática profissional de modo a possibilitar a potencialização e instrumentalização dos considerados cuidadores leigos na escolha entre as alternativas disponíveis enquanto ofertam cuidados às pessoas que supostamente precisam desse cuidado.

Categorizados, de forma geral, a partir do agravo/doença que apresentam, assim como considerando questões de gênero e o ciclo de vida em que se encontram, os indivíduos e populações em estado de doença, patologia, agravo, enfermidade, falta, necessidade, sofrimento, dependência, vulnerabilidade, risco, são os agentes que demandam o Cuidado à Saúde. Pessoas estas também portadoras de saberes, técnicas e subjetividades, porém aspectos nem sempre considerados no processo de cuidar. Portadoras de problemas e necessidades, nomeados de pacientes, clientes, sujeitos e usuários, as pessoas portadoras de doença e sofrimento (ou da possibilidade delas) são os objetos do Cuidado à Saúde.

Cuidados à Saúde para quem se encontra em situação de doença, o que evidencia, em contraste com a concentração de esforços na produção científica dos modelos biomédicos de doença, que ainda avançamos de forma insuficiente na construção conceitual do objeto saúde. Os conceitos de saúde e doença estruturam o campo disciplinar e o âmbito de práticas sociais no campo da Saúde Coletiva e ainda temos muito a avançar no entendimento dos processos e concepções do objeto complexo Saúde-Doença-Cuidado e na construção de práticas voltadas para a saúde individual e coletiva.

Temos, assim, um cuidado realizado por pessoas – designadas e legitimadas para tal – a partir de encontros com pessoas (em situação de doença, patologia, agravo, enfermidade, falta, necessidade, sofrimento, dependência, vulnerabilidade, risco), conformando uma relação assimétrica entre aquele que oferta cuidados e aquele que demanda, direta ou indiretamente, esses cuidados; um Cuidado à Saúde enquanto uma relação a partir do encontro entre duas pessoas em que uma delas transforma um sofrer,

uma insegurança, enfim, um sentir em necessidade que somente pode ser satisfeita por alguém externo a ela, socialmente determinado e legitimado.

Porém, indicações da possibilidade de um cuidar diferente, a partir de encontros e relações também diferentes, são evidenciadas e indicadas como necessárias para transformações sobre o entendimento e a operacionalização do Cuidado à Saúde, deslocando-se do objeto doença para a saúde de indivíduos e populações e contemplando tanto a dimensão técnico-científica no ato de cuidar, quanto as subjetivo-relacional e sócio-política.

A partir da análise e compreensão dos diversos usos, sentidos e significados concernentes à operacionalização e às concepções-noções-definições do Cuidado à Saúde, identificamos convergências e divergências, pontos de aproximação e de distanciamento de modo possibilitar combinações entre elementos, a elucidação de atributos pertinentes ao Cuidado à Saúde e uma contribuição para elaboração do conceito. A construção de um primeiro elemento de conceituação de modo a contribuir para a elaboração do conceito enquanto referente científico resultante do cruzamento de distintos saberes, discursos e práticas conformou-se a partir da identificação de três dimensões que atravessam as concepções-noções-definições do Cuidado à Saúde: dimensão técnico-científica, dimensão subjetivo-relacional e dimensão sócio-política.

O Cuidado à Saúde a partir da dimensão técnico-científica é caracterizado enquanto aplicação de tecnologias/técnicas comprovadas cientificamente, objetivas e universais, em que as intervenções produzam os efeitos desejados, ou seja, o êxito técnico dos procedimentos científicos aplicados. A ciência produz conhecimentos sobre o processo Saúde-Doença-Cuidado e esse conhecimento é transformado em saberes e



instrumentos para intervenção aplicados pelos profissionais de saúde. Neste sentido, temos um Cuidado à Saúde condicionado pelo controle técnico das doenças e êxito técnico dos procedimentos.

A dimensão subjetivo-relacional nos conduz a uma compreensão do Cuidado à Saúde como atitude e espaço de reconstrução de subjetividades, de exercício aberto de uma sabedoria prática para a saúde, apoiada na tecnologia, mas sem resumir-se a ela. Cuidado à Saúde enquanto relação intersubjetiva que se desenvolve num tempo contínuo e que, além do saber profissional, e das tecnologias necessárias, abre espaço para a negociação e inclusão do saber, do afeto, dos desejos e das necessidades do outro.

No campo da Saúde Coletiva o Cuidado à Saúde conforma-se enquanto um conjunto de ações comprometido com seu objeto, perpassado pelos valores de solidariedade, equidade, justiça, cidadania, liberdade, emancipação, autonomia, alteridade, respeito á diferença, democracia. A dimensão sócio-política reporta-nos à potência associada ao Cuidado à saúde no sentido de nos conduzir à busca de transformações estruturais na organização social, objetivando reduzir a desigualdade social e o exercício da democracia. Um Cuidado à Saúde com a possibilidade de contribuir para a ampliação do grau de autonomia das pessoas e exercício da cidadania a partir da construção de espaços de emergência de sujeitos políticos e de desejo, comprometidos com seu próprio processo Saúde-Doença-Cuidado, suas formas de andar a vida, bem como com as transformações sociais.

Neste sentido, compreendemos o Cuidado à Saúde enquanto prática objetivada através de ações, serviços e sistemas de saúde destinados a indivíduos e coletividades a

partir dos encontros e relações entre pessoas, conforme necessidades e oferecimentos, atravessadas pelas dimensões técnico-científica, subjetivo-relacional e sócio-política.

Enfatizamos que a busca pela elaboração de um conceito do Cuidado à Saúde desenvolvida nesta pesquisa aponta para a construção de um novo objeto e de novas relações entre os aspectos desse objeto e seus atravessamentos; tarefa que exige um trabalho sempre aproximativo e inacabado característico do processo de conhecimento. Neste sentido, o objeto complexo Cuidado à Saúde e a busca por sua conceituação abre novos diálogos no campo de conhecimento, saberes e práticas a serem ainda pesquisados de modo a contemplar a complexidade e multidimensionalidade desse fenômeno social e humano – o Cuidado à Saúde – e operar transformações na vida de indivíduos e populações.

## Referências Bibliográficas

ALMEIDA FILHO, N. **Transdisciplinaridade e Saúde Coletiva**. Ciência e Saúde Coletiva, 1997.

\_\_\_\_\_. **Saúde Coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas?** São Paulo: Revista de Saúde Pública, Vol. 32, Nº 4, 1998.

\_\_\_\_\_. **O conceito de saúde: ponto-cego da epidemiologia?** São Paulo: Revista Brasileira de Epidemiologia. Vol. 3, Nº 1-3, 2000a.

\_\_\_\_\_. **Intersetorialidade, Transdisciplinaridade e Saúde Coletiva: atualizando um debate em aberto**. Rio de Janeiro: RAP, Vol. 34, Nº 6, 2000b.

\_\_\_\_\_. **A Ciência da Saúde**. São Paulo: HUCITEC, 2000c.

\_\_\_\_\_. **For a General Theory of Health: preliminary epistemological and anthropological notes**. Rio de Janeiro: Cadernos de Saúde Pública, Vol. 17, Nº 4, 2001.

\_\_\_\_\_. **Integração metodológica na pesquisa em saúde: nota crítica sobre a dicotomia quantitativo-qualitativo**. In: GOLDENBERG, P.; MARSIGLIA, R. M. G. & GOMES, M. H. A. (Orgs.) O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2003.

\_\_\_\_\_. **A Saúde e o Paradigma da Complexidade**. Universidade do Vale do Rio Sinos, 2004.

\_\_\_\_\_. **Transdisciplinaridade e o Paradigma Pós-Disciplinar na Saúde.** Saúde e Sociedade. Vol. 14, Nº 3, 2005.

\_\_\_\_\_. **Conceitos para uma Teoria da Saúde.** Em preparação para publicação.

APEL, K. O. **La transformación de la filosofía.** Madri: Ed. Taurus, 1985.

AROUCA, S. **O Dilema Preventivista – Contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva.** São Paulo: Editora UNESP. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

AYRES, J. R. C. M. **Cuidado: tecnologia ou sabedoria prática?** Revista Interface. Fevereiro, 2000.

\_\_\_\_\_. **Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde.** Rio de Janeiro: Revista Ciência e Saúde Coletiva. Vol. 10. Nº 1. 2001.

\_\_\_\_\_. **Cuidado e reconstrução das práticas de saúde.** Revista Interface. Vol. 8. Nº 14. p 73-92, 2004a.

\_\_\_\_\_. **O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde.** Revista Saúde e Sociedade. Vol. 13. Nº3. P 16-29. 2004b.

\_\_\_\_\_. **Hermenêutica e humanização das práticas de saúde.** Rio de Janeiro: Revista Ciência e Saúde Coletiva. Vol. 10. Nº 3. Julho-Setembro, 2005.

BACHELARD, G. **A filosofia do não: ensaio de uma filosofia do novo espírito científico.** Coleção Os Pensadores. 2ª Ed. São Paulo: Abril Cultural, 1984.

BARROS, R. B. & PASSOS, E. **Humanização na Saúde: um novo modismo?**

Botucatu, SP: Revista Interface. Vol. 9. Nº 17. Março-Agosto, 2005a.

\_\_\_\_\_. **A humanização como dimensão pública e das políticas de saúde.** Rio de

Janeiro: Revista Ciência e Saúde Coletiva. Vol. 10. Nº 03. Julho-Setembro, 2005b.

BLEICHER, J. **Hermenêutica contemporânea.** Lisboa: Edições 70, 1992.

BRAGA, C.G. **Enfermagem Transcultural e as crenças, valores e práticas do povo cigano.** São Paulo: Revista Esc. Enf. USP. Vol. 31.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **As cartas da promoção à saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BOFF, L. **Saber e Cuidar. Ética do Humano – compaixão pela terra.** Petrópolis: Vozes, 2000a.

\_\_\_\_\_. **Cuidado: o ethos do humano.** In: FERREIRA, G.; FONSECA, P. (Orgs.). **Conversando em casa.** Rio de Janeiro: Sete Letras, 2000b.

BOSI, M. L. M. & MERCADO, F. J. (orgs.). **Pesquisa Qualitativa de serviços de saúde.** Rio de Janeiro: Vozes, 2004.

BUENO, F.S. **Grande Dicionário Etimológico-Prosódico da Língua Portuguesa.** São Paulo: Edição Saraiva, 1968.

BUSS, P.M. **Promoção da saúde e qualidade de vida.** Rio de Janeiro: Ciência e Saúde Coletiva. Vol. 05. Nº 01. 2000.

\_\_\_\_\_. **Uma introdução ao conceito de promoção da saúde.** In: CZERESNIA, D. (Org.) Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003.

CAMPOS, G.W.S. **A reforma da reforma: repensando a saúde.** 2ª Ed. São Paulo: HUCITEC, 1997a.

\_\_\_\_\_. **Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde.** In: MERHY, E. E. & ONOCKO CAMPOS, R. (Orgs.) Agir em Saúde. São Paulo: HUCITEC, 1997b.

\_\_\_\_\_. **Equipes de Referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde.** Rio de Janeiro: Revista Ciência e Saúde Coletiva. Vol. 4. Nº 2. 1999

\_\_\_\_\_. **Um método para análise e co-gestão de coletivos.** São Paulo: HUCITEC, 2000.

\_\_\_\_\_. **Saúde Paidéia.** São Paulo: Editora Hucitec, 2003.

\_\_\_\_\_. **Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida?** Botucatu, SP: Revista Interface. Vol. 9. Nº 17. Março-Agosto, 2005.

\_\_\_\_\_. **Clínica e Saúde Coletiva compartilhadas: Teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde.** In: CAMPOS, G.W.S. et al (orgs.) Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: HUCITEC. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2006a.

\_\_\_\_\_ et al. (orgs.) **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: HUCITEC. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2006b.

\_\_\_\_\_. **Reforma Política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão?** Rio de Janeiro: Revista Ciência e Saúde Coletiva. Vol. 12. Nº 2. Março-Abril, 2007a.

\_\_\_\_\_. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. 3ª Ed. São Paulo: HUCITEC, 2007b.

CAMPOS, G.W.S.; BARROS, R.B. & CASTRO, A. M. **Avaliação de política nacional de promoção da saúde**. Rio de Janeiro: Revista Ciência e Saúde Coletiva. 2004.

CAMPOS, G.W.S. & ONOCKO CAMPOS, R.T. **Co-construção de autonomia: o sujeito em questão**. In: CAMPOS, G.W.S. et al (orgs.) **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: HUCITEC. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2006.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 3ª Ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1990.

CASTIEL, L. D. **O buraco e o avestruz – a singularidade do adoecer humano**. Campinas, SP: Papyrus, 1994.

CASTIEL, L.D. **Insegurança, ética e comunicação em saúde pública**. São Paulo: Revista de Saúde Pública. V. 37. N. 2. Abril, 2003.

CASTIEL, L.D. **O estresse na pesquisa epidemiológica: o desgaste dos modelos de explicação coletiva do processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: Physis: Revista de Saúde Coletiva. V. 15, 2005.

CASTIEL, L.D. & CARDOSO, M.H.C.A. **Saúde Coletiva, nova genética e a eugenia de mercado.** Rio de Janeiro: Cadernos de Saúde Pública. V. 19. N. 2. Março-Abril, 2003.

CASTIEL, L. D. & DIAZ, C. A. D. **A saúde persecutória – os limites da responsabilidade.** Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2007.

CASTIEL, L.D. & GUILAM, M.C.R. **A Saúde Persecutória: à espera dos riscômetros portáteis.** Botucatu-SP: Interface (Botucatu). V. 11, n. 21. Janeiro-Abril, 2007.

CASTIEL, L.D. & SCHRAMM, F.R. **Processo saúde/doença e complexidade em epidemiologia.** Rio de Janeiro: Cadernos de Saúde Pública. V. 8. N. 4. Outubro-Dezembro, 1992.

CASTIEL, L.D. & VASCONCELLOS-SILVA, P.R. **Internet e o autocuidado em saúde: como juntar os trapinhos?** Rio de Janeiro: História, Ciências, Saúde-Manguinhos. V. 9. N.2. Maio-Agosto, 2002.

CASTIEL, L.D. & VASCONCELLOS-SILVA, P.R. **Proliferação das rupturas paradigmáticas: o caso da medicina baseada em evidências.** São Paulo: Revista de Saúde Pública. V.39, N. 3. Junho, 2005.

CEBES. **SUS pra valer: universal, humanizado e de qualidade.** Saúde em Debate, 29 (31): 385-396, 2005.

CECÍLIO, L. C. (Org.) **Inventando a mudança na Saúde.** São Paulo: HUCITEC, 1994.



\_\_\_\_\_. **As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde.** In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. (Orgs.) Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2001.

CESAR, C. M. (org.). **A hermenêutica francesa: Paul Ricouer.** Porto Alegre: EDIPUCRS, 2002.

CHALMERS, A. F. **O que é ciência afinal?** São Paulo: Brasiliense, 1995.

CHAVES, M. M. **Saúde e Sistemas.** 3 ed. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1980.

COELHO, M. T. A. D. & ALMEIDA FILHO, N. **Conceitos de saúde em discursos contemporâneos de referência científica.** Rio de Janeiro: História, Ciências, Saúde – Manguinhos. Vol. 9, Nº 2, 2002.

COLLIÈRE, M.F. **Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem.** Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1989.

COOK, T. D. & REICHARDT, C. H. S. **Métodos cualitativos y cuantitativos en investigación evaluativa.** 3ª Ed. Madrid: Morata, 1997.

CUNHA, A.G. **Dicionário Etimológico Nova Fronteira da Língua Portuguesa.** 2ª Ed. Rio de Janeiro: Ed. Nova Fronteira, 1986.

\_\_\_\_\_. **Dicionário Etimológico da Língua Portuguesa.** 3ª Ed. Rio de Janeiro: Lexicon Editora Digital, 2007.

CZERESNIA, D. (Org.) **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências.** Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003.

D'AMOUR, D. **Structuration de La collaboration interprofessionnelle dans les services de santé de première ligne au Québec.** Tese (doutorado) – Université de Montreal, Montreal/Canadá, 1997.

DE BRUYNE, P.; HERMAN, J. & DE SCHOUTHEETE, M. **Dinâmica da Pesquisa em Ciências Sociais. Os pólos da prática metodológica.** Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves, 1977.

DEMO, P. **Politicidade: razão humana.** Campinas: Ed. Papyrus, 2002.

DESLANDES, S.F. **Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar.** Rio de Janeiro: Revista Ciência e Saúde Coletiva. Vol. 9. Nº 1. 2004.

DESLANDES, S.F. & AYRES, J.R.C.M. **Humanização e cuidado em saúde.** Rio de Janeiro: Revista Ciência e Saúde Coletiva. Vol. 10. Nº 3, 2005.

DILTHEY, W. **Introducción a las ciencias del espíritu.** Madri: Alianza Editorial, 1980.

DONNANGELO, M.C.F. **Saúde e Sociedade.** São Paulo: Duas Cidades, 1976.

\_\_\_\_\_. **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: ABRASCO/NUTES/CLATES, 1982. p. 17-35.

DUMMET, M. **Truth and Other Enigmas**. London: Duckworth, 1978.

DURKHEIM, E. **As regras do método sociológico**. 2ª Ed. São Paulo: Martin Claret, 2001.

ERDMANN, A.L.; ANDRADE, S.R.; MELO, A.L.S.F.; MEIRELLES, B.H.S.  
**Gestão das Práticas de Saúde na Perspectiva do Cuidado Complexo**.  
Florianópolis/SC: Texto e Contexto Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina. Vol. 15. Nº 003. 2006.

FERREIRA, A.B.H. **Mini Aurélio – O Dicionário da Língua Portuguesa**. 6ª Ed. Revista e Atualizada. Curitiba: Editora Positivo, 2004.

FERREIRA, J.R. & BUSS, P. **Atenção Primária e Promoção da saúde**. In: Ministério da Saúde. *As cartas da promoção da saúde*. Brasília: O Ministério, 2002. P. 7-18.

FLEURY, S. **Para uma teoria do movimento sanitário**. In: AROUCA, S. *O Dilema Preventivista – Contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva*. São Paulo: Editora UNESP. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

\_\_\_\_\_. **História da sexualidade 3 – o cuidado de si**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

\_\_\_\_\_. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004a.

\_\_\_\_\_. **A hermenêutica do sujeito.** São Paulo: Martins Fontes, 2004b.

GARCIA, G. G. **Las reformas de salud y los modelos de gestión.** Revista Panamericana de Salud. 9 (6): 406-412, 2001.

GADAMER, H. G. **Verdade e Método: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica.** Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 1997a.

\_\_\_\_\_. **O mistério da saúde: o cuidado da saúde e a arte da medicina.** Lisboa: Edições 70, 1997b.

\_\_\_\_\_. **Da palavra ao conceito: a tarefa da hermenêutica enquanto filosofia.** In: ALMEIDA, C. L. S. (Org.) *Hermenêutica Filosófica: nas trilhas de Hans Georg Gadamer.* Porto Alegre: EDIPUCRS, 2000.

\_\_\_\_\_. **O Caráter Oculto da Saúde.** Petrópolis, RJ: Vozes, 2006.

GENDRON, S. **L'alliance des approches qualitatives et quantitatives en promotion de la santé: vers une complémentarité transformatrice.** Ruptures, 3 (2): 158-172, 1996.

GUBA, E. G. & LINCOLN, Y. S. **Fourth Generation Evaluation.** Sage Publications. Newbury Park, 1989.

HABERMAS, J. **Conhecimento e Interesse.** Rio de Janeiro: Guanabara, 1987a.

\_\_\_\_\_. **Dialética e Hermenêutica.** Porto Alegre: Ed. L&PM, 1987b.

HALDEMANN, V. & LEVY, R. **O Ecuménisme méthodologique et dialogue entre paradigmes.** Ruptures, vol. 3, n. 2, 244-255, 1996.

HEIDEGGER, M. **Conferências e escritos filosóficos**. São Paulo: Nova Cultural, 1989 (Coleção *Os Pensadores*)

\_\_\_\_\_. **Ser e Tempo**. Petrópolis: Vozes, 1995.

HEIDMANN, I.T.S.B.; ALMEIDA, M.C.P.; EGGERT, A.; WOSNEY, A.M. & MONTICELLI, M. **Promoção à Saúde: trajetória histórica e suas concepções**. Florianópolis/SC: Texto e Contexto Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina. Vol. 15. Nº 002. 2006.

HOUAISS, A. & VILLAR, M. S. **Minidicionário Houaiss da língua portuguesa**. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Objetiva, 2004.

JANTSCH, A. P. **Interdisciplinaridade: para além da filosofia do sujeito**. In: JANTSCH, A. P. & BIANCHETTI, L. *Interdisciplinaridade: para além da filosofia do sujeito*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2000.

JAPIASSU, H. **Interdisciplinaridade e patologia do saber**. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

JAPIASSU, H. & MARCONDES, D. **Dicionário básico de filosofia**. Rio de Janeiro: Zahar, 1991.

KUHN, T. **A Estrutura das Revoluções Científicas**. 5ª Ed. São Paulo: Perspectiva, 1998.

\_\_\_\_\_. **O caminho desde *A Estrutura*: ensaios filosóficos, 1970-1993**. São Paulo: Editora UNESP, 2006.

LALONDE. **Vocabulário Técnico e Crítico da Filosofia.** 1993.

LALONDE, M. **A new perspective on the health of Canadians.** Ottawa: Health and Welfare, 1974.

LAVILLE, C & DIONNE, J. **A construção do saber. Manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas.** Porto Alegre: Editora UFMG/ArtMed, 1999.

LEAVELL, H. & CLARK, G. **Medicina Preventiva.** Rio de Janeiro: Mcgraw-Hill Ltda do Brasil, 1978.

LEININGER, M. **Transcultural Nursing: concepts, theories and practice.** New York: John Wiley, 1978.

\_\_\_\_\_. **Caring: an essential human need.** The phenomenon of caring: importance, research questions and theoretical considerations. New Jersey, Thorofare, Slack, 1981. P. 3-11.

\_\_\_\_\_. **Cultural care: an essential goal for nursing and health care.** In: *National Meeting of the American Association of Nephrology nurses and technicians*, Philadelphia, 1983.

\_\_\_\_\_. **A relevant nursing theory: transcultural care diversity and universality.** In: *Simpósio Brasileiro de Teorias de Enfermagem.* Florianópolis, UFSC, 1985a.

\_\_\_\_\_. **Transcultural Care Diversity and Universality: a theory of nursing.** Nurs. Health Care. Vol. 06. Nº 04. 1985b.

MACHADO, J.P. **Dicionário Etimológico da Língua Portuguesa**. 2ª Ed. Vol. 3. Lisboa/Portugal: Editorail Confluência, 1967.

MATTHEWS, M. R. **O tempo e o ensino de ciência: como o ensino de história e filosofia do movimento pendular pode contribuir para a alfabetização científica**. In: SILVA FILHO (org.). Epistemologia e ensino de Ciências. Salvador: Arcádia, 2002.

MENDES-GONÇALVES, R. B. **O processo tecnológico do trabalho em saúde**. Divulg. saúde deb., 4: 97-102, 1991.

\_\_\_\_\_. **Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades**. São Paulo: CEFOR, 1992.

\_\_\_\_\_. **Tecnologia e organização social da prática de saúde**. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO, 1994.

MERCÊS, C.A.M.F. & ROCHA, R.M. **Teoria de Paterson e Zderad: um cuidado de enfermagem crítico sustentado no diálogo vivido**. Rio de Janeiro: Revista Enfermagem/UERJ. Vol. 14. Nº 03. Setembro, 2006.

MERCIER, C. **Participation in stakeholder-based evaluation: a case study**. Evaluation and Planning, 20 (4): 467-475, 1997.

MERHY, E. E. **O SUS e um de seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo)**. In: FLEURY, S. (Org.) Saúde e Democracia. A luta do CEBES. 1997.

\_\_\_\_\_. **A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde.** In: CAMPOS *et al* (Orgs.) Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte – reescrevendo o público. São Paulo: Xamã, 1998a.

\_\_\_\_\_. **O desafio da tutela e da autonomia: uma tensão permanente do ato cuidador.** Campinas, SP: Cadernos do Centro de Estudos do Hospital Cândido Ferreira, 1998b.

\_\_\_\_\_. **O ato de governar as tensões constituintes do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais.** Rio de Janeiro: Revista Ciência e Saúde Coletiva. Vol. 4. N° 2. 1999.

\_\_\_\_\_. **Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas – contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde.** Revista Interface. Fevereiro, 2000.

MERHY, E. E. & ONOCKO CAMPOS, R. (orgs.) **Agir em saúde.** São Paulo: HUCITEC, 1997.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo: HUCITEC. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1993.

\_\_\_\_\_. (Org.) **Pesquisa Social – teoria, método e criatividade.** Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

\_\_\_\_\_. **Hermenêutica-dialética como caminho do pensamento social, próprio.** In: MINAYO, M. C. S. & DESLANDES, S. F. (Orgs.) Caminhos do pensamento: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2002.



MORIN, E. **Da necessidade de um pensamento complexo**. Para navegar no século XXI – Tecnologias do Imaginário e Cibercultura. S.d.

\_\_\_\_\_. **Ciência Com Consciência**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1998.

MOSER, P. K.; MULDER, D. H. & TROUT, J. D. **A Teoria do Conhecimento – uma introdução temática**. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

NASCENTES, A. **Dicionário Etimológico Resumido**. Instituto Nacional do Livro. Ministério da Educação e Cultura, 1966.

NORRIS, C. **Epistemologia – conceitos-chave em filosofia**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

ONOCKO CAMPOS, R.T. **A Gestão: espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas**. In: CAMPOS, G.W.S. Saúde Paidéia. São Paulo: HUCITEC, 2003a.

\_\_\_\_\_. **O planejamento no labirinto: uma viagem hermenêutica**. São Paulo: HUCITEC, 2003b.

\_\_\_\_\_. **O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva**. *Ciência e Saúde Coletiva*, 10 (3): 573-583, 2005.

PAIM, J. S. **As ambigüidades da noção de necessidades de saúde. Introdução à crítica ao planejamento de saúde**. Salvador: UFBA, 1982.

\_\_\_\_\_. **Saúde, crises e reformas.** Salvador: Centro Editorial e Didático da UFBA, 1986.

\_\_\_\_\_. **A reorganização das práticas em distritos sanitários.** In: MENDES, E. V. Distrito Sanitário. O processo social de mudança das práticas sanitárias do SUS. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1993.

\_\_\_\_\_. **Recursos humanos em saúde no Brasil: problemas crônicos e desafios agudos.** São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/USP, 1994.

\_\_\_\_\_. **A reforma sanitária e os modelos assistenciais.** In: ROUQUAYROL, M. Z. Epidemiologia e Saúde. Rio de Janeiro: Medsi, 1999.

\_\_\_\_\_. **Políticas de descentralização e atenção primária à saúde.** In: ROUQUAYROL, M. Z. Epidemiologia e Saúde. Rio de Janeiro: Medsi, 1999.

\_\_\_\_\_. **Saúde, Política e Reforma Sanitária.** Salvador: Centro de Estudos Projetos de Saúde – Instituto de Saúde Coletiva / UFBA, 2002.

\_\_\_\_\_. **Políticas de Saúde no Brasil.** In: ROUQUAYROL, M. Z. & ALMEIDA FILHO, N. M. Epidemiologia e Saúde. 6ª Ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003a.

\_\_\_\_\_. **Modelos de Atenção e Vigilância da Saúde.** In: ROUQUAYROL, M. Z. & ALMEIDA FILHO, N. M. Epidemiologia e Saúde. 6ª Ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003b.

\_\_\_\_\_. **Vigilância da Saúde: dos modelos assistenciais para a promoção da saúde.** In: CZERESINA, D. & FREITAS, C. M. (Orgs.) Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2003c.

\_\_\_\_\_. **Atenção à Saúde no Brasil.** In: Desafios para a Saúde Coletiva no século XXI. Salvador: EDUFBA, 2007a.

\_\_\_\_\_. **Desafios para a Saúde Coletiva no século XXI.** Salvador: EDUFBA, 2007b.

PAIM, J. & ALMEIDA FILHO, N. **Saúde coletiva: uma nova saúde pública ou campo aberto a novos paradigmas?** São Paulo: Revista de Saúde Pública, v. 32, n. 4, p. 299-316, 1998.

\_\_\_\_\_. **A Crise da Saúde Pública e a Utopia da Saúde Coletiva.** Salvador: Casa da Qualidade, 2000.

PAIM, J. S. & TEIXEIRA, C. F. **Política, Planejamento e Gestão em saúde: balanço do estado da arte.** Revista de Saúde Pública, 40 (N Esp): 73-78, 2006.

PATERSON, J.E. & ZDERAD, L.T. **Humanistic Nursing.** United States of America: Wiley Biomedical Publication; 1976.

PATY, M. **Ciência: aquele obscuro objeto de pensamento e uso.** In: SILVA FILHO (org.). Epistemologia e ensino de Ciências. Salvador: Arcádia, 2002.

PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. (Orgs.) **Cuidado: as fronteiras da integralidade.** Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2006a.

\_\_\_\_\_. (Orgs.) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2006b.

PIRES, M. R. G. M. **Ciência e reconstrução em saúde: disrupção e provisoriedade como possibilidades emancipatórias**. Rio de Janeiro: Revista Ciência e Saúde Coletiva. Vol. 9. N° 2. Abril-Junho, 2004a.

\_\_\_\_\_. **Politicidade do cuidado como referência emancipatória para a gestão de políticas de saúde: conhecer para cuidar melhor, cuidar para confrontar, cuidar para emancipar**. Tese de Doutorado. UNB. Brasília, 2004b.

\_\_\_\_\_. **Politicidade do cuidado e processo de trabalho em saúde: conhecer para cuidar melhor, cuidar para confrontar, cuidar para emancipar**. Rio de Janeiro: Revista Ciência e Saúde Coletiva. Vol. 10. N° 4. Outubro-Dezembro, 2005.

PLATÃO. **Diálogos**. 4ª Ed. São Paulo: Hemus, 1994.

PRIGOGINE, I. & STENGERS, I. **A nova aliança**. Brasília: Ed. UnB, 1997.

QUEIROZ, M. S.; CAMPOS, G. W. S. & MERHY, E. E. **Rede básica de serviços de saúde: médicos e suas representações sobre o serviço**. São Paulo: Revista Saúde Pública. Vol. 26. N° 1. Fevereiro, 1992.

RICOUER, P. **Teoria da Interpretação**. Lisboa: Ed. 70, 1987.

\_\_\_\_\_. **Interpretação e Ideologias**. 4ª Ed. Rio de Janeiro: Editora Francisco Alves, 1990.

\_\_\_\_\_. **Tempo e Narrativa**. Tomo I. Campinas, SP: Papyrus, 1997.

ROSEN, G. **Da Polícia Médica à Medicina Social**. Rio de Janeiro: Graal, 1994.

RUNES, D. D. **Diccionario de Filosofia**. Barcelona: Ed. Grijalbo, 1985.

SAMAJA, J. **Epistemologia y metodologia**. Buenos Aires: Eudeba, 1994.

\_\_\_\_\_. **Fundamentos epistemológicos de las ciências de la salud**. Tese de Doutoramento. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 1997.

\_\_\_\_\_. **A reprodução social e a saúde**. Salvador: Casa da Qualidade, 2000.

\_\_\_\_\_. **Epistemologia de la salud**. Buenos Aires: Lugar Ed., 2004.

SAUSSURE, F. **Curso de Linguística Geral**. 20ª Ed. São Paulo: Cultrix, 1995.

SCHLEIERMACHER, F. D. E. **Hermenêutica – arte e técnica da interpretação**. 3ª Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

SCHRAIBER, L. B. (Org.) **Programação em Saúde, hoje**. São Paulo: HUCITEC, 1990.

SCHRAIBER, L. B. **Políticas Públicas e Planejamento nas práticas de saúde**. *Saúde deb.*, (47): 28-35, 1995.

SCHRAIBER, L. B. & MENDES-GONÇALVES, R. B. **Necessidades de Saúde e Atenção Primária**. In: SCHRAIBER, Lilia Blima; NEMES, Maria Ines Baptistella & MENDES-GONÇALVES, Ricardo Bruno. (Orgs.) *Saúde do Adulto – Programas e Ações na Unidade Básica*. Editora Hucitec. São Paulo, 1996.

SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B. & MENDES-GONÇALVES, R. B. (Orgs.) **Saúde do Adulto – Programas e Ações na Unidade Básica**. São Paulo: Editora Hucitec, 1996.

SCHRAIBER, L. B. & NEMES, M. I. B. **Processo de trabalho e avaliação de serviços em saúde.** Cadernos Fundap, 1996.

SCHRAIBER, L. B. et al. **Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas.** Ciência e Saúde Coletiva, 4: 221-242, 1999.

SILVA FILHO (org.). **Epistemologia e ensino de Ciências.** Salvador: Arcádia, 2002.

SILVA, L. M. V. & FORMIGLI, V. L. A. **Avaliação em saúde: limites e perspectivas.** Rio de Janeiro: Cadernos de Saúde Pública. Vol. 10, Nº 1, 1994.

SOUSA SANTOS, B. **Um discurso sobre as ciências.** 7ª Ed. Lisboa: Edições Afrontamento, 1995.

SOUZA, F.A. **Novo Dicionário Latino Português.** 3ª Ed. 1922.

STEIN, E. **Dialética e Hermenêutica, uma controvérsia sobre método em filosofia.** In: HABERMAS, J. Dialética e Hermenêutica. Porto Alegre: Ed. L&PM, 1987.

TEIXEIRA, S. M. F. **As ciências sociais em saúde no Brasil.** In: NUNES, E. D. (Org.) As ciências sociais em saúde na América Latina. OPAS, 1985.

TEIXEIRA, R.R. **Modelos comunicacionais e práticas de saúde.** Revista Interface, 1997.

\_\_\_\_\_. **Acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações.** In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R.A. (Orgs.). Construção da Integralidade – cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: Abrasco, 2003a.

\_\_\_\_\_. **Estudo sobre a técnica e a saúde.** Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003b.

\_\_\_\_\_. **A Grande Saúde: uma introdução à medicina do Corpo sem Órgãos.** Revista Interface. Vol. 8 n° 14. Setembro-Fevereiro, 2004

\_\_\_\_\_. **Humanização e Atenção Primária à Saúde.** Rio de Janeiro: Revista Ciência e Saúde Coletiva. Vol 10 N° 03. Julho-Setembro, 2005.

TEIXEIRA, C. F. **O futuro da prevenção.** Salvador: Casa da Saúde, 2001.

\_\_\_\_\_. (org.) **Promoção e Vigilância da Saúde.** Salvador: CEPS-ISC, 2002.

\_\_\_\_\_. **A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços.** In: TEIXEIRA, C. F. & SOLLA, J. P. Modelo de Atenção à Saúde. Promoção, Vigilância e Saúde da Família. Salvador: EDUFBA, 2006.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S. & VILASBOAS, A. L. **SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde.** Inf. Epidemiol. SUS, Brasília, v. 7, n. 2, p. 7-28, 1998.

TEIXEIRA, C. F. & SOLLA, J. P. **Modelo de Atenção à Saúde. Promoção, Vigilância e Saúde da Família.** Salvador: EDUFBA, 2006.

TESTA, M. **Pensar em Saúde.** Porto Alegre: Artes Médicas/ABRASCO, 1992.

\_\_\_\_\_. **Saber em salud.** Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997.

TROTIGNON, P. **Heidegger.** Rio de Janeiro: Edições 70, 1965.

TÜGENDHAT, E. **Propedêutica lógico-semântica.** Petrópolis: Vozes, 1996.

UGÁ, M. A. & MARQUES, R. M. **O Financiamento do SUS: trajetória, contexto e constrangimentos.** In: LIMA, N. T.; GERSHMAN, S.; EDLER, F. C. (Orgs.). **Saúde e Democracia: História e Perspectivas do SUS.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.

VASCONCELOS, E. M. **Complexidade e Pesquisa Interdisciplinar – epistemologia e metodologia operativa.** Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

VIEIRA, M.J. **A representação do cuidar na imagem cultural da enfermagem.** Ribeirão Preto/SP: Revista Latino-Americana de Enfermagem. Vol. 7. Nº 05, 1999.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. **Avaliação do processo de descentralização das ações de saúde.** Ciência e Saúde Coletiva, v. 4, n. 2, p. 331-339, 1999.

WALDOW, V.R. **Cuidado humano: o resgate necessário.** Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1998.

WHO. **Declaração de Alma-Ata.** 1978. (...)

\_\_\_\_\_. **Carta de Ottawa.** In: Ministério da Saúde/FIOCRUZ. **Promoção da saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá.** Brasília: Ministério da Saúde/IEC, 1986.



## **APÊNDICES**

## **APÊNDICE 01: DESCRITORES**

Fonte: <http://decs.bvs.br/>

Pesquisa sobre: **CUIDADOS DE SAUDE**  
 Descritores Encontrados: 1  
 Mostrando: 1 .. 1

1 / 1	<b>DeCS</b>	
Descritor <i>Inglês</i> :	<b>Delivery of Health Care</b>	
Descritor <i>Espanhol</i> :	<b>Prestación de Atención de Salud</b>	
Descritor <i>Português</i> :	<b>Assistência à Saúde</b>	
Sinônimos <i>Português</i> :	Prestação de Assistência à Saúde Prestação de Cuidados de Saúde Sistemas de Assistência à Saúde Prestação de Assistência Odontológica Prestação de Cuidados Odontológicos Cuidados de Saúde Cuidados de Assistência à Saúde Rede de Cuidados Continuados de Saúde	
Categoria:	<a href="#">N04.590.374</a> <a href="#">N05.300</a> <a href="#">SP2.016</a> <a href="#">VS3.003</a>	
Definição <i>Português</i> :	Refere-se a todos os aspectos da provisão e distribuição de <a href="#">serviços de saúde</a> a uma <a href="#">população</a> .	
Nota de Indexação <i>Português</i> :	Lei Pública 91-515 (EUA)	
Relacionados <i>Português</i> :	<a href="#">Atenção à Saúde</a> <a href="#">Serviços de Saúde</a> <a href="#">Participação Comunitária</a> <a href="#">Participação Comunitária</a>	
Qualificadores Permitidos <i>Português</i> :	<a href="#">classificação</a> <a href="#">ética</a> <a href="#">legislação &amp; jurisprudência</a> <a href="#">métodos</a> <a href="#">estatística &amp; dados numéricos</a> <a href="#">tendências</a>	<a href="#">economia</a> <a href="#">história</a> <a href="#">recursos humanos</a> <a href="#">organização &amp; administração</a> <a href="#">normas</a> <a href="#">utilização</a>
Número do Registro:	3709	
Identificador Único:	D003695	
<a href="#">Ocorrência na BVS:</a>		
Similar:	<a href="#">DeCS SciELO LILACS LIS</a>	

Pesquisa sobre: **ASSISTENCIA A SAUDE**  
 Descritores Encontrados: 1  
 Mostrando: 1 .. 1

1 / 1	DeCS	
Descritor <i>Inglês</i> :	<b>Delivery of Health Care</b>	
Descritor <i>Espanhol</i> :	<b>Prestación de Atención de Salud</b>	
Descritor <i>Português</i> :	<b>Assistência à Saúde</b>	
Sinónimos <i>Português</i> :	Prestação de Assistência à Saúde Prestação de Cuidados de Saúde Sistemas de Assistência à Saúde Prestação de Assistência Odontológica Prestação de Cuidados Odontológicos Cuidados de Saúde Cuidados de Assistência à Saúde Rede de Cuidados Continuados de Saúde	
Categoria:	<a href="#">N04.590.374</a> <a href="#">N05.300</a> <a href="#">SP2.016</a> <a href="#">VS3.003</a>	
Definição <i>Português</i> :	Refere-se a todos os aspectos da provisão e distribuição de <a href="#">serviços de saúde</a> a uma <a href="#">população</a> .	
Nota de Indexação <i>Português</i> :	Lei Pública 91-515 (EUA)	
Relacionados <i>Português</i> :	<a href="#">Atenção à Saúde</a> <a href="#">Serviços de Saúde</a> <a href="#">Participação Comunitária</a> <a href="#">Participação Comunitária</a>	
Qualificadores Permitidos <i>Português</i> :	<a href="#">classificação</a> <a href="#">ética</a> <a href="#">legislação &amp; jurisprudência</a> <a href="#">métodos</a> <a href="#">estatística &amp; dados numéricos</a> <a href="#">tendências</a>	<a href="#">economia</a> <a href="#">história</a> <a href="#">recursos humanos</a> <a href="#">organização &amp; administração</a> <a href="#">normas</a> <a href="#">utilização</a>
Número do Registro:	3709	
Identificador Único:	D003695	
<a href="#">Ocorrência na BVS:</a>		
Similar:	<a href="#">DeCS SciELO LILACS LIS</a>	

Pesquisa sobre: **ATENCAO A SAUDE**  
Descritores Encontrados: 1  
Mostrando: 1 .. 1

1 / 1	DeCS
Descritor <i>Inglês</i> :	<b>Health Care (Public Health)</b>
Descritor <i>Espanhol</i> :	<b>Atención a la Salud</b>
Descritor <i>Português</i> :	<b>Atenção à Saúde</b>
Sinônimos <i>Português</i> :	Normas Básicas de Atenção à Saúde
Categoria:	<a href="#">SP2</a>
Definição <i>Português</i> :	A <a href="#">atenção à saúde</a> engloba todo o conjunto de ações, em todos os níveis de <a href="#">governo</a> , para o atendimento das demandas pessoais e das exigências ambientais, compreendendo três grandes campos: 1. da <a href="#">assistência</a> ; 2. das intervenções ambientais, no seu sentido mais amplo; e 3. das políticas externas no setor <a href="#">saúde</a> . (NOB/96)
Relacionados <i>Português</i> :	<a href="#">Assistência à Saúde</a>
Número do Registro:	50230
Ocorrência na BVS:	
Similar:	<a href="#">DeCS</a> <a href="#">SciELO</a> <a href="#">LILACS</a> <a href="#">LIS</a>

## APÊNDICE 02: PLANILHA ELETRÔNICA

- **Número da Referência**
- **Ano de Publicação**
- **Descritor:**
  - 1 – Assistência à Saúde / Cuidados de Saúde
  - 2 – Atenção à Saúde
- **Resumo:**
  - S – Publicação com Resumo
  - N – Publicação sem Resumo
- **Tipo da Publicação:**
  - A – Teses
  - B – Capítulos de Teses
  - C – Livros
  - D – Capítulos de Livros
  - E – Anais de Congressos ou Conferências
  - F – Relatórios técnico-científicos
  - G – Publicações Governamentais
  - H – Artigos extraídos da análise de periódicos na área

<b>Nº DA REFERÊNCIA</b>	<b>ANO DE PUBLICAÇÃO</b>	<b>DESCRIPTOR</b>	<b>RESUMO</b>	<b>TIPO DA PUBLICAÇÃO</b>
1	2008	1	S	H
2	2008	1	S	A
3	2008	1	N	G
4	2008	1	N	G
5	2007	1	S	H
6	2007	1	S	A
7	2008	1	S	H
8	2008	2	S	H
9	2004	1	S	A
10	2007	1	S	H
11	2007	1	N	G
12	2008	1	N	D
13	2008	1	S	H
14	2007	1	S	H
15	2004	1	S	H
16	2004	1	S	H
17	2008	1	S	H
18	2006	1	S	G
19	2007	1	N	?
20	2007	2	S	A
21	2005	2	N	C
22	2003	1	S	H
23	2003	1	S	H
24	2003	1	S	H
25	2007	1	N	G
26	2008	1	N	G
27	2008	2	N	G
28	2006	1	N	G
29	2007	1	N	G
30	2007	1	S	A
31	2005	1	N	D
32	2006	2	S	H
33	2008	1	N	D
34	2007	1	N	C
35	2008	1	S	H
36	2007	1	S	H
37	2007	1	S	H
38	2006	1	N	G
39	2007	1	S	A
40	2007	1	S	C
41	2007	1	S	A

42	2006	1	S	H
43	2006	1	S	H
44	2007	1	S	H
45	2002	2	N	E
46	2006	1	N	G
47	2008	1	S	H
48	2008	1	S	H
49	2008	1	S	H
50	2008	1	S	H
51	2008	1	S	H
52	2008	1	S	H
53	2008	2	S	H
54	2008	1	S	H
55	2008	1	S	H
56	2008	1	S	H
57	2005	1	S	H
58	2008	1	S	H
59	1999	1	N	E
60	1999	1	S	E
61	2007	1	S	H
62	2007	1	S	H
63	2006	1	S	A
64	2008	1	S	H
65	2005	2	S	H
66	2006	1	S	H
67	2008	1	N	H
68	2008	1	S	H
69	2008	1	S	H
70	2008	1	S	H
71	2007	1	N	H
72	1999	1	S	H
73	1999	1	S	H
74	1999	1	S	H
75	1999	1	S	H
76	1999	1	S	H
77	1999	1	S	H
78	2006	1	S	H
79	2006	1	S	H
80	2007	1	S	H
81	2007	1	S	H
82	2008	1	S	H
83	2006	1	S	H
84	2006	1	S	H



85	2007	2	S	H
86	2007	1	S	H
87	2004	1	S	H
88	2005	1	S	G
89	2005	2	S	G
90	2004	1	N	G
91	2003	1	N	G
92	2004	1	N	G
93	2007	1	S	H
94	2004	2	S	G
95	2004	2	S	G
96	2004	2	S	G
97	2004	2	S	G
98	2004	1	S	G
99	2004	1	N	G
100	2007	1	S	H
101	2004	1	N	G
102	2003	1	S	G
103	2007	1	S	H
104	2005	1	S	G
105	2005	1	S	G
106	2005	1	N	G
107	2005	1	S	G
108	2004	1	N	G
109	2004	1	N	G
110	2004	1	N	G
111	2001	2	N	G
112	2001	2	N	G
113	2001	2	N	G
114	2001	2	N	G
115	2001	2	N	G
116	2001	2	N	G
117	2001	2	N	G
118	2001	2	N	G
119	2001	2	N	G
120	2004	1	S	G
121	1997	1	N	G
122	2004	1	S	H
123	2000	1	S	H
124	2000	1	S	H
125	2000	1	S	H
126	2000	1	S	H
127	2000	1	S	H

128	2000	1	S	H
129	2000	1	S	H
130	2000	2	S	H
131	2006	2	N	G
132	2006	1	N	G
133	2006	1	N	G
134	2006	2	N	G
135	2005	1	N	G
136	2006	1	N	G
137	2006	1	N	G
138	2006	1	N	G
139	2006	1	N	G
140	2007	1	N	G
141	2007	1	N	G
142	2006	1	S	A
143	2001	1	N	G
144	2006	1	S	H
145	2007	2	S	H
146	2007	1	S	H
147	2007	1	S	H
148	2006	1	S	H
149	2001	1	S	H
150	2007	1	S	H
151	2007	2	S	H
152	2007	1	N	EDITORIAL
153	1992	1	S	H
154	1992	1	S	H
155	2007	1	S	H
156	2007	1	S	H
157	2007	2	S	H
158	2007	1	S	H
159	2007	1	S	H
160	2007	1	N	G
161	2007	1	S	H
162	2007	1	S	H
163	2007	2	S	H
164	2007	1	S	H
165	2006	1	N	D
166	2006	1	N	C
167	2002	1	S	H
168	2002	1	S	H
169	2002	1	S	H
170	2003	1	N	EDITORIAL

171	2003	1	S	H
172	2007	1	N	H
173	2005	1	N	G
174	2007	1	N	D
175	2007	1	N	D
176	2007	1	N	D
177	2007	1	N	D
178	2007	1	N	D
179	2007	1	N	D
180	2006	1	S	H
181	2005	1	S	H
182	2005	1	S	H
183	2004	1	S	H
184	2004	1	S	H
185	2004	2	S	H
186	2004	1	S	H
187	2004	1	S	H
188	2004	1	S	H
189	2004	1	S	H
190	1996	1	N	G
191	2006	1	S	H
192	2007	1	S	H
193	2007	1	S	H
194	2007	1	S	H
195	2003	1	N	EDITORIAL
196	2005	2	S	H
197	2007	1	S	H
198	2007	2	S	H
199	2007	1	S	H
200	2005	1	S	H
201	2005	1	S	H
202	2005	1	S	H
203	2007	1	S	H
204	2001	1	N	C
205	2006	1	S	A
206	2007	2	N	G
207	2007	1	N	G
208	2007	1	S	A
209	2006	1	S	H
210	2007	1	S	H
211	2007	1	S	H
212	2007	1	S	H
213	2007	1	S	H

214	2002	1	S	H
215	2006	2	S	H
216	2005	1	S	H
217	2005	1	S	H
218	2005	1	S	H
219	2002	1	N	G
220	2006	1	S	H
221	2006	1	S	H
222	2006	1	N	H
223	2006	1	S	H
224	2006	1	S	H
225	2007	1	S	H
226	2007	1	S	H
227	2007	1	S	H
228	2007	1	S	H
229	2007	1	S	H
230	2007	1	S	H
231	2007	1	N	H
232	2007	1	N	H
233	2007	1	N	H
234	2007	1	S	H
235	2007	1	N	H
236	2006	1	S	H
237	2007	1	S	H
238	2007	1	S	H
239	2007	1	S	H
240	2007	1	S	H
241	2007	1	S	H
242	2006	1	S	H
243	2006	1	S	H
244	2007	2	S	H
245	2007	1	N	H
246	2007	1	S	H
247	2007	1	S	H
248	2001	1	S	A
249	2004	1	S	H
250	2005	1	S	H
251	2006	1	S	H
252	1996	1	N	G
253	2007	1	S	H
254	2006	1	S	H
255	2007	1	S	H
256	2007	2	N	H

257	2002	2	S	A
258	2002	2	S	A
259	2006	1	S	A
260	2006	2	S	A
261	2006	2	S	A
262	2007	2	S	H
263	2006	1	S	A
264	2006	1	S	A
265	2005	1	S	A
266	2005	2	S	H
267	2006	1	S	H
268	2005	2	N	H
269	2006	1	S	H
270	2005	1	S	H
271	2005	1	S	H
272	2004	1	N	G
273	2006	1	S	A
274	2006	1	S	A
275	2006	1	S	A
276	2005	1	N	G
277	1998	1	N	C
278	1990	1	S	H
279	2006	1	S	H
280	2006	2	N	D
281	1996	1	S	H
282	2006	1	S	A
283	2005	1	S	H
284	2007	1	S	H
285	2006	1	N	C
286	1999	1	S	A
287	2006	1	N	G
288	2006	1	N	G
289	2006	1	N	G
290	1999	2	N	D
291	2007	1	S	H
292	2006	1	S	H
293	2006	1	S	H
294	2006	1	S	H
295	2006	1	S	H
296	2006	1	S	H
297	2006	1	S	H
298	2005	1	S	H
299	2006	1	S	H

300	2006	1	S	H
301	2006	1	S	H
302	2006	1	S	H
303	2006	1	S	H
304	2006	1	S	H
305	2005	1	S	H
306	2003	1	N	A
307	2006	1	S	H
308	2006	1	N	H
309	2006	1	S	H
310	2005	1	S	A
311	2006	1	S	H
312	1996	1	N	E
313	2006	1	S	H
314	2004	1	N	H
315	2006	1	S	H
316	2006	1	S	H
317	2006	1	S	H
318	2006	1	N	C
319	2005	1	N	G
320	1998	2	S	D
321	2005	1	S	H
322	2006	1	S	H
323	2003	1	S	A
324	2005	1	S	G
325	2002	1	S	C
326	2006	1	S	H
327	2006	1	S	H
328	2006	1	S	H
329	2005	1	N	G
330	2006	1	N	C
331	1993	1	N	C
332	2002	1	N	G
333	2003	1	N	E
334	2003	1	N	E
335	2005	2	S	H
336	2005	1	S	H
337	2006	1	S	H
338	2005	1	S	H
339	2006	1	S	H
340	2006	1	S	H
341	2006	1	S	H
342	2004	1	S	A

343	2005	2	S	A
344	2006	1	S	H
345	2004	1	N	G
346	2005	1	S	A
347	2005	1	S	A
348	2003	1	N	G
349	2005	1	S	A
350	2003	1	N	C
351	2005	1	N	C
352	2001	1	N	C
353	2003	1	N	C
354	2005	1	S	D
355	2005	1	S	H
356	2004	1	S	A
357	2005	1	S	D
358	2005	1	S	H
359	2005	1	S	H
360	2004	1	S	A
361	2005	1	S	H
362	2004	1	S	H
363	2005	1	S	H
364	2005	1	N	H
365	2005	1	N	H
366	2006	1	S	H
367	2005	1	S	H
368	2004	1	S	H
369	2005	1	S	H
370	2005	1	S	H
371	2005	1	S	H
372	2004	2	S	H
373	2005	1	S	H
374	2005	1	S	H
375	2005	1	S	H
376	2004	1	S	A
377	2005	1	S	A
378	2005	1	S	A
379	2005	1	S	A
380	2000	1	N	C
281	2004	1	S	A
282	2005	1	N	H
383	2005	1	N	H
284	2005	1	N	H
385	2000	1	S	H

386	2005	1	S	H
387	2005	1	S	H
388	2005	1	S	H
389	2005	1	N	H
390	2005	1	N	H
391	2003	1	S	A
392	2003	1	N	G
393	1993	1	S	A
394	2004	1	N	G
395	2004	1	N	D
396	2004	1	N	D
397	2004	1	N	D
398	2004	1	N	D
399	2004	1	N	D
400	2004	1	N	D
401	2004	1	N	D
402	2004	1	N	D
403	2004	1	N	D
404	2004	1	N	D
405	2002	1	S	A
406	1998	1	S	E
407	1991	1	S	G
408	1997	1	S	G
409	1992	1	S	A
410	2005	2	S	A
411	2002	1	S	H
412	2005	1	S	H
413	2005	1	S	H
414	2004	1	S	H
415	2000	1	S	A
416	2005	1	S	H
417	2003	1	S	A
418	1997	1	S	A
419	2004	1	S	H
420	2004	2	S	H
421	2003	1	S	H
422	2004	1	N	G
423	2005	1	S	H
424	2005	1	S	H
425	1992	1	S	H
426	2005	1	S	H
427	2005	1	S	H
428	1999	1	S	H



429	1991	1	N	H
430	2003	1	N	G
431	2000	1	S	H
432	2004	1	S	A
433	2002	1	N	C
434	2004	1	N	C
435	2003	1	S	A
436	1994	1	S	C
437	1993	1	S	G
438	1988	1	S	G
439	1993	1	S	C
440	2005	1	S	H
441	2000	1	N	C
442	2004	1	N	G
443	2004	1	N	H
444	2005	1	S	H
445	2004	1	S	H
446	2005	1	S	H
447	2004	1	S	H
448	2000	1	S	H
449	2004	1	S	H
450	2004	1	S	H
451	2005	1	S	H
452	2004	1	S	H
453	2004	1	S	H
454	2004	1	S	H
455	2004	1	S	A
456	2003	2	S	H
457	2001	1	N	D
458	2004	1	S	H
459	2004	1	S	H
460	2004	1	S	H
461	2004	1	S	H
462	2004	1	S	H
463	2002	1	S	A
464	2004	1	S	H
465	2004	1	S	H
466	1994	1	N	A
467	1993	1	N	C
468	1988	1	N	C
469	2003	1	S	H
470	2003	1	S	H
471	2003	1	N	H

472	2002	1	S	H
473	1998	1	N	G
474	2002	1	S	G
475	2003	1	N	H
476	2002	1	N	E
477	2004	1	S	H
478	2004	1	S	H
479	2002	1	S	H
480	1999	1	S	H
481	1999	1	S	H
482	2002	1	N	F
483	2001	1	N	F
484	2004	1	S	H
485	2004	1	S	H
486	2004	1	N	D
487	2004	1	N	D
488	2004	1	S	H
489	2002	1	S	H
490	2002	1	S	H
491	2002	1	S	H
492	2003	1	S	H
493	2003	1	S	H
494	2003	1	S	E
495	2003	1	S	A
496	2001	1	S	H
497	2002	1	S	H
498	2002	1	S	H
499	2000	1	N	C
500	2003	1	N	G
501	2002	1	S	H
502	2003	1	S	H
503	2003	1	S	H
504	2003	1	S	H
505	2002	2	N	G
506	2002	2	N	G
507	2002	2	N	G
508	2003	1	N	G
509	2003	1	N	D
510	2003	1	N	D
511	1989	1	S	D
512	2003	1	S	A
513	2003	1	S	A
514	2003	1	S	H

515	2003	1	S	H
516	2002	1	N	D
517	2002	1	N	D
518	2002	1	N	C
519	2003	2	S	H
520	2002	1	S	A
521	2003	2	N	H
522	2003	1	N	D
523	2003	1	N	D
524	2002	1	S	C
525	2003	1	S	A
526	2002	1	N	D
527	2002	1	N	D
528	2002	1	N	D
529	2002	1	N	D
530	2002	1	N	D
531	2002	1	N	D
532	2002	1	N	C
533	2003	1	N	H
534	2003	1	N	D
535	2003	1	N	D
536	2003	1	N	D
537	2003	1	N	D
538	2003	1	N	D
539	2003	1	N	D
540	1999	1	N	F
541	2002	2	N	G
542	1998	1	N	H
543	2002	2	S	A
544	2002	1	S	H
545	2002	1	S	D
546	2002	1	S	D
547	2002	1	S	G
548	2002	1	S	A
549	2002	1	S	C
550	2002	1	N	D
551	2002	1	N	D
552	2002	1	N	D
553	2002	1	N	D
554	2002	1	N	D
555	2002	1	N	D
556	2002	1	S	C
557	2002	1	N	D

558	2002	1	N	D
559	2002	1	N	D
560	2002	1	N	D
561	2002	1	N	D
562	2001	1	S	A
563	2002	1	S	H
564	2002	2	S	H
565	1988	1	N	C
566	2000	2	N	G
567	2002	2	N	G
568	2002	1	N	D
569	2003	1	S	H
570	2002	1	N	C
571	2003	1	S	H
572	2002	1	N	G
573	2002	1	N	G
574	2002	1	N	G
575	2002	1	N	G
576	2002	1	N	C
577	2002	1	N	C
578	1996	1	S	A
579	1995	1	S	A
580	1999	1	S	C
581	1988	1	S	C
582	2002	1	S	A
583	2002	1	N	E
584	2002	2	S	H
585	2002	2	N	F
586	1999	1	S	A
587	2002	1	S	A
588	2002	1	N	G
589	2002	1	N	G
590	2002	1	N	G
591	2002	2	S	H
592	2002	2	S	H
593	2002	2	S	H
594	2002	1	S	H
595	2002	1	S	H
596	2002	1	S	H
597	2002	1	S	H
598	2002	1	S	H
599	2001	1	S	A
600	2001	1	S	H

601	2003	1	S	H
602	2002	1	N	C
603	1999	1	N	G
604	2000	1	N	G
605	2002	1	S	A
606	2002	1	S	H
607	2002	1	S	H
608	2002	1	S	H
609	2002	1	S	H
610	2002	1	S	H
611	2002	2	S	H
612	2002	2	S	H
613	2002	1	S	H
614	2001	2	S	H
615	2002	1	S	H
616	2002	1	S	H
617	2002	2	N	E
618	2002	2	N	E
619	2002	2	N	A
620	2002	1	N	G
621	2002	1	N	G
622	2002	1	N	G
623	2002	1	N	G
624	2002	1	S	H
625	2002	1	S	G
626	2002	1	S	F
627	2002	1	N	H
628	1992	1	S	G
629	2002	1	N	H
630	1997	1	S	A
631	2002	1	S	A
632	2001	1	S	G
633	2002	1	N	C
634	2002	2	N	C
635	2002	1	S	A
636	2000	1	S	H
637	1998	1	S	A
638	2001	1	S	A
639	2001	1	N	G
640	2001	1	N	G
641	2002	2	N	G
642	2001	2	N	G
643	2001	2	N	G

644	2001	2	N	G
645	2001	2	N	G
646	2001	2	N	G
647	2001	2	N	G
648	2001	2	N	G
649	2001	2	N	G
650	2001	2	N	G
651	2001	1	N	D
652	2002	1	S	A
653	2002	1	S	A
654	2001	1	S	H
655	2001	1	S	H
656	2001	1	S	H
657	2001	2	S	H
658	2001	2	S	H
659	2001	2	S	H
660	2001	1	S	H
661	2001	1	N	H
662	1996	1	S	D
663	2001	1	N	H
664	2000	1	N	C
665	2002	1	S	H
666	2001	1	S	H
667	2001	2	N	G
668	1992	2	N	G
669	1999	1	S	A
670	2001	2	N	G
671	2001	1	S	A
672	2001	1	S	A
673	2000	1	S	A
674	2001	1	S	H
675	2000	1	S	E
676	2000	1	S	E
677	1999	1	S	H
678	2000	1	S	A
679	2000	1	S	H
680	2000	1	S	H
681	2000	1	S	H
682	1991	1	S	C
683	1997	1	S	G
684	1999	1	S	C
685	1999	1	S	E
686	1999	1	N	C

687	1999	1	N	C
688	1999	1	N	G
689	1999	1	S	H
690	1999	1	S	H
691	2000	1	S	G
692	1994	1	S	C
693	2001	1	S	A
694	2000	1	N	G
695	2000	1	N	G
696	2001	1	N	G
697	2000	2	N	G
698	1994	1	N	G
699	2000	2	N	G
700	2001	1	S	A
701	1999	1	N	D
702	1999	1	N	D
703	1999	1	N	C
704	2000	1	N	H
705	2001	1	S	E
706	1994	1	S	A
707	1999	1	S	H
708	1997	1	N	H
709	2001	1	N	G
710	2000	1	N	H
711	2001	1	S	H
712	2000	1	S	H
713	1998	1	S	H
714	2000	1	S	A
715	2000	1	S	F
716	2000	1	S	H
717	2000	2	N	G
718	2000	1	S	H
719	2000	1	S	H
720	2000	1	S	A
721	1999	1	S	H
722	1998	1	S	C
723	2000	1	S	A
724	2000	2	N	H
725	2000	2	S	H
726	1999	1	S	H
727	1999	1	N	H
728	1999	1	N	H
729	1999	1	N	H

730	1998	1	S	A
731	1999	1	N	G
732	2000	1	S	H
733	2000	1	S	H
734	2000	1	N	H
735	2000	1	N	D
736	2000	1	N	H
737	1998	1	S	H
738	1999	1	S	H
739	1999	1	S	G
740	1994	1	S	H
741	1998	1	S	H
742	1999	2	S	F
743	1999	1	S	H
744	1999	1	S	H
745	2000	1	S	H
746	1999	1	S	H
747	1999	1	S	H
748	1996	1	N	G
749	1996	1	S	G
750	1994	2	N	G
751	1998	1	S	H
752	1998	1	S	H
753	1996	1	N	E
754	1997	1	S	A
755	1999	1	S	A
756	1999	1	N	H
757	1999	1	N	H
758	1998	1	S	H
759	1999	1	N	G
760	1999	1	N	G
761	1999	1	N	H
762	2000	2	N	G
763	1999	1	N	C
764	1988	1	N	F
765	1999	1	S	H
766	1999	1	N	H
767	1991	1	S	A
768	1998	1	N	H
769	1999	1	S	A
770	1998	1	N	D
771	1999	1	N	H
772	1999	1	S	H



773	1998	1	N	G
774	1997	1	N	G
775	1999	1	S	H
776	1999	1	N	H
777	1997	1	S	E
778	1995	1	N	G
779	1999	1	N	G
780	1999	1	N	G
781	1998	1	N	E
782	1998	1	N	E
783	1998	1	N	E
784	1995	1	N	E
785	1997	1	S	F
786	1997	1	N	G
787	1999	1	N	D
788	1999	1	N	G
789	1992	1	S	C
790	1999	1	S	A
791	1999	1	N	G
792	1997	1	N	G
793	1998	1	S	H
794	1998	1	S	A
795	1997	1	S	H
796	1997	1	S	H
797	1997	1	S	H
798	1997	1	S	E
799	1998	1	S	H
800	1997	1	N	G
801	1998	1	S	H
802	1998	1	S	E
803	1998	1	S	H
804	1998	1	N	H
805	1998	1	S	G
806	1998	1	S	A
807	1998	1	S	H
808	1998	1	S	H
809	1988	1	S	H
810	1996	1	S	H
811	1998	1	N	H
812	1997	1	S	H
813	1997	1	S	H
814	1997	1	S	H
815	1997	1	S	H

816	1997	1	S	H
817	1997	1	S	H
818	1997	1	S	H
819	1997	1	S	H
820	1997	1	S	C
821	1998	1	S	C
822	1997	1	S	G
823	1996	1	S	G
824	1998	1	S	H
825	1998	1	S	H
826	1998	1	S	H
827	1997	1	S	H
828	1997	1	S	H
829	1997	1	S	H
830	1997	1	S	H
831	1996	1	S	H
832	1996	1	S	H
833	1996	1	S	H
834	1991	1	S	H
835	1991	1	S	H
836	1992	1	S	H
837	1994	1	S	H
838	1998	1	S	E
839	1998	1	N	G
840	1998	1	S	H
841	1997	1	S	A
842	1996	1	S	H
843	1997	1	N	G
844	1997	1	S	A
845	1996	1	S	H
846	1996	1	S	H
847	1994	1	S	H
848	1998	1	N	H
829	1996	1	S	H
850	1996	1	S	H
851	1996	1	S	H
852	1997	1	S	G
853	1997	1	S	G
854	1995	1	S	C
855	1996	1	S	H
856	1997	1	S	F
857	1997	1	S	A
858	1997	1	N	C

859	1993	1	N	A
860	1996	1	S	H
861	1996	1	S	H
862	1996	1	S	H
863	1996	1	S	H
864	1997	1	N	H
865	1996	1	S	H
866	1997	1	S	A
867	1996	1	S	A
868	1996	1	S	C
869	1990	1	S	G
870	1996	1	S	F
871	1995	1	N	C
872	1997	1	S	A
873	1997	1	S	A
874	1996	1	S	C
875	1995	1	S	A
876	1991	1	N	G
877	1995	1	S	A
878	1996	1	S	H
879	1997	1	N	G
880	1996	1	N	G
881	1990	1	S	F
882	1997	1	S	D
883	1995	1	S	C
884	1996	1	N	H
885	1996	1	N	G
886	1992	1	N	C
887	1996	1	N	C
888	1995	1	S	H
889	1993	1	S	C
890	1996	1	S	A
891	1995	1	N	H
892	1995	1	S	A
893	1996	1	S	A
894	1996	1	S	H
895	1993	1	N	E
896	1994	1	S	H
897	1995	1	S	D
898	1995	1	S	D
899	1995	1	S	D
900	1995	1	S	G
901	1993	1	S	G

902	1994	1	S	H
903	1995	1	S	H
904	1992	1	S	C
905	1995	1	N	H
906	1995	1	S	E
907	1995	1	S	E
908	1993	1	S	A
909	1995	1	S	D
910	1995	1	S	D
911	1995	1	S	D
912	1992	1	S	C
913	1995	1	S	A
914	1994	1	S	D
915	1995	1	S	A
916	1994	1	S	D
917	1994	1	S	C
918	1992	1	S	C
919	1992	1	S	C
920	1991	1	S	C
921	1990	1	S	E
922	1994	1	S	D
923	1994	1	S	D
924	1994	1	S	E
925	1992	1	S	G
926	1989	1	S	C
927	1992	1	S	A
928	1993	1	S	D
929	1993	1	S	C
930	1993	1	S	D
931	1993	1	S	D
932	1988	1	S	D
933	1993	1	S	D
934	1993	1	S	C
935	1992	1	S	E
936	1992	1	S	E
937	1992	1	S	D
938	1989	1	S	D
939	1989	1	S	D
940	1989	1	S	A
941	1988	1	S	G
942	1988	1	S	G
943	1988	1	S	G
944	1988	1	S	G

945	1990	1	S	A
946	1990	1	S	C
947	1992	1	S	E
948	1992	1	S	E
949	1992	1	S	E
950	1991	1	S	E
951	1995	1	S	H
952	1995	1	S	C
953	1995	1	N	G
954	1995	1	N	H
955	1988	1	S	H
956	1994	1	N	C
957	1994	1	N	H
958	1995	1	N	H
959	1994	1	S	H
960	1990	1	S	H
961	1994	1	S	H
962	1994	1	S	H
963	1992	1	S	H
964	1994	1	S	H
965	1994	1	S	H
966	1993	1	S	H
967	1993	1	S	H
968	1993	1	S	H
969	1993	1	S	H
970	1993	1	S	H
971	1993	1	S	H
972	1993	1	S	H
973	1993	1	S	H
974	1993	1	S	H
975	1993	1	S	H
976	1993	1	S	H
977	1993	1	S	H
978	1992	1	S	E
979	1992	1	S	H
980	1992	1	S	H
981	1995	1	S	C
982	1994	1	S	A
983	1994	1	S	A
984	1994	1	S	A
985	1994	1	S	A
986	1991	1	N	H
987	1991	1	S	H

988	1991	1	S	H
989	1991	1	S	H
990	1991	1	N	H
991	1991	1	N	H
992	1994	1	N	G
993	1994	1	N	G
994	1994	1	N	G
995	1993	1	S	E
996	1994	1	S	E
997	1992	1	S	A
998	1992	1	N	G
999	1992	1	N	C
1000	1991	1	N	G
1001	1993	1	N	C
1002	1992	1	S	H
1003	1990	1	S	H
1004	1993	1	N	H
1005	1992	1	S	H
1006	1991	1	N	G
1007	1991	1	N	E
1008	1990	1	N	G
1009	1993	1	N	G
1010	1990	1	N	G
1011	1989	1	S	E
1012	1991	1	S	E
1013	1993	1	S	C
1014	1992	1	S	F
1015	1993	1	S	H
1016	1991	1	S	H
1017	1992	1	S	H
1018	1990	1	S	H
1019	1990	1	N	H
1020	1989	1	N	H
1021	1988	1	N	H
1022	1988	1	N	H
1023	1991	1	N	H
1024	1990	1	N	G
1025	1989	1	N	F
1026	1992	1	S	D
1027	1992	1	S	F
1028	1992	1	S	H
1029	1992	1	S	A
1030	1990	1	S	H

1031	1990	1	S	H
1032	1992	1	S	H
1033	1992	1	S	H
1034	1991	1	S	A
1035	1991	1	N	H
1036	1991	1	S	H
1037	1991	1	S	A
1038	1992	1	S	H
1039	1990	1	S	A
1040	1990	1	S	A
1041	1989	1	S	H
1042	1991	1	N	E
1043	1990	1	N	G
1044	1988	1	S	H
1045	1989	1	S	A
1046	1990	1	N	H
1047	1990	1	S	H
1048	1990	1	S	E
1049	1990	1	N	H
1050	1989	1	N	H
1051	1988	1	N	G
1052	1989	1	N	G
1053	1990	1	N	H
1054	1990	1	N	H
1055	1990	1	S	H
1056	1989	1	N	H
1057	1989	1	N	H
1058	1989	1	N	H
1059	1990	1	S	C
1060	1988	1	N	E
1061	1988	1	N	E
1062	1990	1	N	G
1063	1988	1	S	F
1064	1989	1	N	H
1065	1988	1	S	H
1066	1989	1	N	C
1067	1988	1	N	G
1068	1988	1	S	A
1069	1990	1	N	C
1070	1988	1	N	C
1071	1988	1	S	E





