

**O CONCEITO DE SAÚDE E A VIGILÂNCIA SANITÁRIA:  
NOTAS PARA A COMPREENSÃO DE UM CONJUNTO  
ORGANIZADO DE PRÁTICAS DE SAÚDE**

**NAOMAR DE ALMEIDA FILHO \*\***

Documento comissionado pela ANVISA para discussão no I Seminário Temático Permanente da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Brasília, DF, 18/10/2000. Proibido reproduzir ou citar sem autorização expressa do Autor ou da instituição.

---

\*\* - Ph.D, Professor Titular de Epidemiologia e Diretor, Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Pesquisador I-A do Conselho Nacional do Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq.

## INTRODUÇÃO

As ações da Vigilância Sanitária, componente essencial do repertório da Saúde Pública, baseiam-se fortemente em aspectos operacionais e jurídicos como justificativa para sua operação. O mandato de regular, monitorar, fiscalizar e supervisionar condições, processos, produtos, serviços e ambientes, com a finalidade de reduzir sua nocividade ou risco para a saúde, parece tão estabelecido institucionalmente que pouco se tem avançado no sentido de um tratamento teórico-metodológico rigoroso do tema. Entretanto, face à crescente complexidade e desigualdade das situações de saúde no mundo contemporâneo, esta aparente obviedade precisa ser posta em cheque, investindo-se na construção de um aparato conceitual capaz de situar historicamente e filosoficamente tão importante conjunto de práticas sanitárias.

A partir de uma linha de pesquisa em progresso sobre o conceito de saúde (Almeida Filho, 2000, 2000a, 2000b), nesta oportunidade proponho examinar as seguintes questões de fundo, indicativas de problemas teóricos e metodológicos gerais do campo da Saúde que poderão ser úteis para a presente discussão:

1. Como construir uma concepção positiva de saúde, a partir dos fenômenos, eventos e processos que a definem concretamente, contemplando a sua possibilidade de articular a Saúde Coletiva como campo de conhecimento e âmbito de práticas?
2. De que maneira uma concepção positiva de saúde pode gerar subsídios teórico-metodológicos capazes de alimentar conjuntos organizados de práticas sociais, como por exemplo a Vigilância Sanitária?

Com esse objetivo, tomarei como ponto de partida uma sistematização de distintos conceitos de saúde que, não obstante suas limitações frente ao caráter multifacético da díade saúde-doença, poderá servir como etapa inicial para a problematização das práticas sanitárias. Em segundo lugar, pretendo colocar em discussão algumas questões epistemológicas relativas ao tema Saúde como objeto científico, avaliando a sua pertinência para a construção da Saúde Coletiva como campo de conhecimento e âmbito de práticas. Por último, espero ser capaz de organizar estas reflexões preliminares com vistas à melhor compreensão de objetos de intervenção das práticas de monitoramento e sensoramento da situação de saúde, particularmente no contexto da modalidade de ação em saúde que, no Brasil, tem sido designada como 'Vigilância Sanitária'.

## CONCEPÇÕES DE SAÚDE

As primeiras tentativas sistemáticas de construir teoricamente o conceito de Saúde, ainda na década de 70, partiram da noção de saúde como ausência de doença (Boorse, 1975, 1977). Por esse motivo, é necessário preliminarmente estabelecer uma marcação semântica para a definição de doença e correlatos. O idioma inglês, matriz da literatura específica sobre o tema, guarda sutis distinções de sentido em relação aos conceitos de doença, através da série signficante: *disease-disorder-illness-sickness* (Merriam-Webster, 1969). Estas séries referem-se a um glossário técnico particular que, face à sua crescente importância no discurso científico contemporâneo, merece algum investimento no sentido de estabelecer uma equivalência terminológica em português, imprescindível para a participação dos

pesquisadores nacionais neste importante debate. Assim, mesmo reconhecendo-se o grau de arbitrariedade e incompletude de proposições dessa natureza, postula-se o estabelecimento da seguinte terminologia, a ser rigorosamente seguida no restante do presente texto:

*disease* = patologia,

*disorder* = transtorno,

*illness* = enfermidade,

*sickness* = doença.

Kleinman, Eisenberg e Good (1978), da Harvard Medical School, com a pretensão de aprofundar e enriquecer a análise dos componentes não biológicos dos fenômenos da saúde-doença, sistematizaram um modelo que concedia especial importância teórica à noção de doença-*sickness*, com ênfase nos aspectos sociais e culturais que paradoxalmente haviam sido desprezados pelas abordagens sociológicas anteriores. Essa proposição baseava-se na distinção entre as dimensões biológica e cultural da doença, correspondendo a duas categorias: patologia e enfermidade (Good & Good, 1980; Kleinman, 1986). Young (1982) apresentou uma crítica pertinente a este modelo, em dois aspectos. Por um lado, porque considera apenas o indivíduo como objeto e arena dos eventos significativos da enfermidade, não relatando os modos pelos quais as relações sociais a formam e a distribuem. Por outro lado, reconhecendo o seu avanço em relação ao modelo biomédico, este autor considerou que a distinção entre patologia e enfermidade mostra-se insuficiente para dar conta da dimensão social do processo de adoecimento. Para superar estas limitações, Young (1980) defendeu a substituição do esquema [doença = patologia + enfermidade] por uma série tripla de categorias de nível hierárquico equivalente [doença, enfermidade e patologia], mesmo concedendo maior relevância teórica ao componente 'doença'. No presente texto, proponho designar o modelo de Kleinman-Good Young como Complexo DEP [Doença-Enfermidade-Patologia], conforme esquematizado na Figura 1, onde se destaca a definição (implícita) negativa de saúde como ausência de doença.

(AQUI FIGURA 1)

Bibeau e Corin conceberam um esquema analítico fundado em duas categorias centrais: condições estruturantes e experiências organizadoras coletivas (Bibeau, 1994; Bibeau & Corin, 1994; Corin, 1995). Pretendem com estes conceitos representar os diferentes elementos contextuais (sociais e culturais) que se articulam para formar os sistemas de respostas sociais frente aos "dispositivos patogênicos estruturais". As condições estruturantes abrangem o macrocontexto, ou seja, as restrições ambientais, as redes de poder político e as bases de desenvolvimento econômico, as heranças históricas e as condições cotidianas de existência (ou modos de vida). As experiências organizadoras coletivas, por sua vez, representam os elementos do universo cultural do grupo que atuam no sentido de manter a identidade grupal, os sistemas de valores e a organização social.

Nessa perspectiva, os sistemas semiológicos e os modos de produção articulam-se para produzir a experiência do adoecimento nas esferas de produção simbólica das comunidades, onde signos corporais, lingüísticos e comportamentais são transformados em sintomas de uma dada enfermidade, adquirindo significados causais específicos e gerando determinadas reações sociais. Tal processo configura o que Bibeau & Corin (1994) propõem denominar de "sistema de signos, significados e práticas de saúde" (**sspS**). No geral, o conhecimento

sobre a saúde localmente construído é plural, fragmentado e até contraditório, expressando-se como uma semiologia popular. Modelos culturais de interpretação não existem como um corpo de conhecimento explícito, mas são formados por um conjunto variado de elementos imaginários e simbólicos, ritualizados como racionais (Bibeau, 1988). Em síntese, para esses autores, o conhecimento popular em torno da problemática da Saúde (e seus contrapontos, expressos no Complexo DEP) se articula e se expressa em termos de sistemas de **sspS** construídos social e historicamente.

O epistemólogo francês Georges Canguilhem defende que a saúde é uma questão filosófica na medida em que recobriria, sem com ela se confundir, a saúde individual, privada e subjetiva (Canguilhem, 1990). Trata-se nesse caso de uma saúde sem conceito, que emerge na relação praxica do encontro médico-paciente, validada exclusivamente pelo sujeito doente e seu médico. Conforme indica Caponi (1997), a saúde filosófica canguilhemiana não incorpora apenas a saúde individual, mas também o seu complemento, reconhecível como uma saúde pública, ou melhor, publicizada. Canguilhem (1978, 1990) considera que a saúde se realiza no genótipo, na história da vida do sujeito e na relação do indivíduo com o meio, daí porque a idéia de uma saúde filosófica não impossibilita tomar a saúde como objeto científico. Enquanto a saúde filosófica compreende a saúde individual, a saúde científica será a saúde pública, ou seja, uma salubridade que se constitui em oposição à idéia de morbidade.

O corpo opera processos complexos de intercâmbio com o meio e, na medida em que estes podem contribuir para determinar o fenótipo, a saúde corresponde a uma ordem implicada tanto na esfera biológica da vida, quanto no modo de vida (Coelho & Almeida Filho, 1999). Como produto-efeito de um dado modo de vida, a saúde implica um sentimento de poder enfrentar a força da enfermidade, funcionando assim como um seguro social implícito contra os riscos. Insiste Canguilhem que a saúde não é só a vida no silêncio dos órgãos, como afirmara Leriche. Ela também é a vida no silêncio das relações sociais. A posição canguilhemiana sobre essa questão pode ser incorporada a um modelo generalizado da Saúde a partir do Complexo DEP de Young, que se encontra (pobrememente) esquematizada na Figura 2.

(AQUI FIGURA 2)

A noção de saúde pública do filósofo, referida a questões de base ética e metafísica (que resultaria por exemplo nas noções de utilidade, qualidade de vida e felicidade), distancia-se do conceito de saúde pública do sanitarista, que compreende o estado de saúde das populações e seus determinantes, tanto no sentido de complemento do conceito epidemiológico de risco (Ayres, 1997) quanto como referência ao conceito mais amplo de necessidade radical (Heller, 1986; Gonçalves, 1992). Porém Canguilhem (1990) defende que a saúde científica poderia enfim assimilar também alguns aspectos da saúde individual, subjetiva, filosófica, e então não apenas a doença e a salubridade (ou, numa terminologia mais atualizada, os riscos) devem ser estudadas pela ciência. É neste peculiar registro conceitual que podemos incorporar o objeto da saúde coletiva, formulado no sentido da superação do discurso da saúde pública.

## O MODELO DOS MODOS DE SAÚDE

Buscando investigar as condições de possibilidade de uma teoria científica da saúde, o epistemólogo argentino Juan Samaja, autor do clássico *Epistemología y Metodología* (Samaja, 1994), critica tanto a tese canguilhemiana de que o conceito de saúde articula-se primordialmente ao mundo biológico quanto a tese foucaultiana implícita que propõe um conceito de saúde puramente social ou meramente discursivo (ideológico-político). Para Samaja (1997), é preciso conceber o conceito da saúde como um objeto com distintas faces hierárquicas, o que "*permite dialetizar la salud/enfermedad y las prácticas que la constituyen, dejando lugar al reconocimiento de varios planos de emergencia, en un sistema complejo de procesos adaptativos*".

Considerando as definições de interfaces hierárquicas e planos de emergência de Samaja e integrando as contribuições das ciências sociais aplicadas, gostaria de propor um esquema de especificação semântica e teórica do que se pode denominar de Modos de Saúde, de acordo com o Quadro I. Dessa maneira, podemos sistematizar uma terminologia das categorias de não-saúde postas à disposição das distintas ciências da saúde, além de apresentar uma discriminação das diferentes definições de normalidade e saúde, e seus potenciais descritores empíricos.

### (AQUI QUADRO I)

Como todo esquema, trata-se de uma tentativa de representação necessariamente parcial e empobrecida de uma realidade rica e complexa. As distintas modalidades de saúde e as correspondentes categorias de não-saúde são organizadas de acordo com planos hierarquizados de emergência: subindividual (sistêmico // tissular // celular // molecular), individual (clínico // privado), coletivo (epidemiológico // populacional // social). Propõe-se aí um glossário de categorias de não-saúde que, de certa maneira, incorpora e amplia a marcação semântica preliminar patologia – enfermidade – doença. Note-se a categoria ‘transtorno’ (tomada como tradução para *disorder*), em nível equivalente à definição de patologia no âmbito clínico.

Em todo o esquema, busca-se indicar descritores equivalentes ao nível e âmbito considerado. Assim, no nível subindividual, normalidade e patologia (no sentido original canguilhemiano) correspondem ao descritor "estado". No nível individual, no âmbito clínico, à saúde normal corresponde patologia (estrutural) e transtorno (funcional), tendo "sinais & sintomas" como descritores.

Nos planos de emergência subindividual e individual, em qualquer nível de complexidade, o objeto saúde pode ser escrutinado a partir de uma abordagem explicativa de base determinante, produtora de metáforas causais de alto grau de estruturação. Trata-se, nesse caso, de produzir (ou lapidar) algumas facetas parciais do objeto modelo Saúde: o processo biomolecular nos sistemas normais ou o processo fisiológico sustentado nos sujeitos sadios em equivalência aos processos patológicos tal como manifestados no ‘caso da doença’. A saúde privada, dentro da fenomenologia gadameriana, e a saúde individual, objeto de uma "epidemiologia do modo de vida", referem-se à categoria ‘enfermidade’. Note-se que, em cada um desses casos, os descritores mostram-se em certo sentido antagônicos: "status de saúde" como intenção de objetivar o modo individual de saúde e "sentimento de saúde" enquanto forma íntima, particular, irredutível à publicização, do modo privado de saúde.

Nesse esquema, é possível também situar a perspectiva epidemiológica convencional (a epidemiologia dos fatores de risco), fundada sobre uma lógica indutiva de base probabilística. Nessa perspectiva, o objeto saúde-doença é aí reproduzido como um conceito específico, com modelos de produção de riscos com base na ação direta ou na interação de fatores de risco. No âmbito epidemiológico das análises de risco, descritores quantitativos tipo medida (taxas, coeficientes) podem dar conta do contradomínio do subconjunto doentes, equivalente ao resíduo populacional (1 – Risco).

A noção de saúde pública do velho Canguilhem, que se pode denominar 'salubridade' - em contraste com a idéia de morbidade do discurso sanitarista tradicional, poderá ter como um eficiente descritor a "situação de saúde". Finalmente, os modos de "saúde social", equivalentes ao conceito de doença da antropologia médica interpretativa, poderiam ser abordados através dos sistemas de signos, significados e práticas de saúde (**sspS**) de Bibeau-Corin. De fato, a teoria dos **sspS** abre a possibilidade de incorporar a doença no próprio conceito de saúde, na medida em que vê a experiência da doença como uma forma de estruturação da representação social da saúde por meio da construção da subjetividade e da relação do sujeito com o mundo.

Vimos acima como o conceito de doença se desdobra em vários componentes. De modo equivalente, uma primeira aproximação ao problema da definição teórica da Saúde mostra que não se pode falar da saúde no singular, e sim de várias "saúdes", a depender dos níveis de complexidade e dos planos de emergência considerados. Nesta etapa ainda preliminar de exploração e formulação teórica, não há dúvidas de que se deve construir uma nova família de objetos. Objetos-modelos que não se definem pelos seus componentes, princípios funcionais e dimensões, que não se mostram vulneráveis a processos de produção de conhecimento pela via da fragmentação. Portanto objetos infensos a processos analíticos convencionais, marcados pelo que se denomina de arquitetura da complexidade (McQueen, 2000).

Cabem neste momento duas questões fundamentais: Para que serve construir um conceito de saúde positiva? Porque simplesmente não adotar a perspectiva da saúde-como-ausência-de-doença, como quase todos têm feito?

Estas questões revelam importantes consequências práticas e teóricas. Vejamos primeiro o lado prático do problema. Não é intuitivamente fácil propor intervenções em um vazio, visando transformar situações que determinam ausências, potências ou virtualidades. Para consolidar a resistência e a resiliência dos sujeitos frente ao Complexo DEP, para induzir o aumento do que tem sido denominado de capital social (Kawachi, 1999), para reforçar os laços humanos que no cotidiano produzem a qualidade de vida, enfim, para efetivamente realizar a tão decantada promoção da saúde precisamos de um construto teórico específico para designar a Saúde no referencial da complexidade (Noack, 1987; Schramm & Castiel, 1992; McQueen, 2000). Isso implica construir um objeto-modelo positivo de conhecimento e de intervenção e não um objeto negativo, mero resíduo conceitual de modos de explicação da vida biológica e social que se baseiam em seu inverso lógico.

A perspectiva da saúde-como-ausência-de-doença (Boorse, 1977), apesar de conceitualmente confortável e metodologicamente viável, de fato não dá conta dos processos e fenômenos referidos à vida, saúde, doença, sofrimento e morte, em nenhum dos níveis de realidade

apontados por Sol Levine.<sup>1</sup> Do mesmo modo que o todo é sempre mais que a soma das partes, a saúde é muito mais do que a ausência ou o inverso da doença. Trata-se de um interessante e crucial problema de lógica, a ser resolvido pela superação da antinomia entre saúde e doença herdada do modelo biomédico tradicional.

Da crítica epistemológica acima exposta, válida para marcar a centralidade do problema dos níveis de complexidade e dos planos de emergência, resulta que os fenômenos da saúde-doença não podem ser definidos como essencialmente uma questão clínica-individual ou biológica-subindividual. Uma interessante possibilidade, desde já aberta à exploração epistemológica, será a incorporação da diversidade de formas concretas de expressão da Saúde, nos distintos planos de emergência, como por exemplo a noção de 'bem-estar' no plano individual, 'qualidade de vida' no plano microssocial e 'situação de saúde' no plano coletivo mais amplo. Os objetos da Saúde portanto são polissêmicos, plurais, multifacetados. Constituem modelos capazes de transitar por instâncias e domínios que compõem o território intelectual e tecnológico que tem sido chamado de campo da saúde, tema da próxima seção.

## DA SAÚDE PÚBLICA À PROMOÇÃO DA SAÚDE

Na América Latina, as propostas de consolidação do campo da saúde como forma de superação da chamada "crise da saúde pública" (Ferreira, 1992) podem significar uma oportunidade para efetivamente incorporar o complexo DEP em uma perspectiva paradigmática da Saúde. Pretende-se, dessa maneira, viabilizar as metas de políticas públicas saudáveis, através de maior e mais efetiva participação da sociedade nas questões da vida, saúde, sofrimento e morte. Para avaliar a factibilidade dessas propostas, é necessário uma contextualização das práticas e dos discursos que, nos últimos dois séculos, vêm constituindo o campo social da saúde.

A área da saúde tem passado historicamente por sucessivos movimentos de recomposição das práticas sanitárias decorrentes das distintas articulações entre sociedade e Estado que definem, em cada conjuntura, as respostas sociais às necessidades e aos problemas de saúde (Paim & Almeida Filho, 2000). As bases doutrinárias dos discursos sociais sobre a saúde emergem na segunda metade do século XVIII, na Europa Ocidental, em um processo histórico de disciplinamento dos corpos e constituição das intervenções sobre os sujeitos (Foucault, 1963). Por um lado, a Higiene, enquanto conjunto de normatizações e preceitos a serem seguidos e aplicados em âmbito individual, produz um discurso sobre a boa saúde francamente circunscrito à esfera moral. Por outro lado, as propostas de uma Política (ou Polícia) Médica estabelecem a responsabilidade do Estado como definidor de políticas, leis e regulamentos referentes à saúde no coletivo e como agente fiscalizador da sua aplicação social, desta forma remetendo os discursos e as práticas de saúde à instância jurídico-política.

No século seguinte, os países europeus avançam um processo macro-social da maior importância histórica: a Revolução Industrial, que produz um tremendo impacto sobre as condições de vida e de saúde das suas populações. Com a organização da classes

---

<sup>1</sup> - *But what is health? It is, of course, not directly observable, but is inferred. Health is, first of all, a conceptual construct that we develop to encompass a range of different classes of phenomena... in three levels of reality: the physiological, the perceptual, and the behavioral.* (Levine, 1995:8)

trabalhadoras e o aumento da sua participação política, principalmente nos países que atingiram um maior desenvolvimento das relações produtivas, como Inglaterra, França e Alemanha, rapidamente incorporaram-se temas relativos à saúde na pauta das reivindicações dos movimentos sociais do período. Entre 1830 e 1880, surgem, nesses países, propostas de compreensão da crise sanitária como fundamentalmente um processo político e social que, em seu conjunto, receberam a denominação de Medicina Social (Donnangelo, 1976). Em síntese, postula-se nesse movimento que a medicina é política aplicada no campo da saúde individual e que a política nada mais é que a aplicação da medicina no âmbito social, curando-se os males da sociedade. A participação política é a principal estratégia de transformação da realidade de saúde, na expectativa de que as revoluções populares deveriam resultar em democracia, justiça e igualdade, principais determinantes da saúde social.

Em paralelo, principalmente na Inglaterra e nos Estados Unidos, estrutura-se uma resposta a esta problemática estreitamente integrada à ação do Estado no âmbito da saúde, constituindo um movimento conhecido como Sanitarismo (Rosen, 1980). Em sua maioria funcionários das recém-implantadas agências oficiais de saúde e bem-estar, os sanitaristas produzem um discurso e uma prática sobre as questões da saúde fundamentalmente baseados em aplicação de tecnologia e em princípios de organização racional para a expansão de atividades profiláticas (saneamento, imunização e controle de vetores) destinadas principalmente aos pobres e setores excluídos da população. O advento do paradigma microbiano nas ciências básicas da saúde representa um grande reforço ao movimento sanitarista que, em um processo de hegemonização, e já então batizado de Saúde Pública, praticamente redefine as diretrizes da teoria e prática no campo da saúde social no mundo ocidental.

No início deste século, com o célebre Relatório Flexner, desencadeia-se nos Estados Unidos uma profunda reavaliação das bases tecnológicas da medicina, que resulta na redefinição do ensino e da prática médica a partir de princípios científicos rigorosos (White, 1991). Com sua ênfase no conhecimento experimental de base subindividual, provenientes da pesquisa básica realizada geralmente sobre doenças infecciosas, o modelo conceitual flexneriano reforça a separação entre individual e coletivo, privado e público, biológico e social, curativo e preventivo.

Na década de quarenta, nos Estados Unidos, no lugar de uma reforma setorial da saúde nos moldes da maioria dos países europeus, propõe-se uma ampla reforma dos currículos de cursos médicos no sentido de inculcar uma atitude preventiva nos futuros praticantes (Arouca, 1975). No nível da estrutura organizacional, propõe-se a abertura de departamentos de medicina preventiva substituindo as tradicionais cátedras de higiene, capazes de atuar como elementos de difusão dos conteúdos de epidemiologia, administração de saúde e ciências da conduta até então abrigados nas escolas de saúde pública. Nesta proposta, o conceito de saúde é representado por metáforas gradualistas do processo saúde-enfermidade, que justificam conceitualmente intervenções prévias à ocorrência concreta de sinais e sintomas em uma fase pré-clínica. A própria noção de prevenção é radicalmente redefinida, através de uma ousada manobra semântica (ampliação de sentido pela adjetivação da prevenção como primária, secundária e terciária) que termina incorporando a totalidade da prática médica ao novo campo discursivo (Arouca, 1975).



O sucesso deste movimento no seu país de origem é inegável: a única nação industrializada que até hoje não dispõe de um sistema universal de assistência à saúde é justamente os Estados Unidos. Na América Latina, apesar das expectativas e investimentos de organismos e fundações internacionais, o efeito principal deste movimento parece ser a implantação de departamentos acadêmicos de medicina preventiva em países que, já na década de sessenta, passavam por processos de reforma universitária. Na Europa ocidental, em países que já dispunham de estruturas acadêmicas de longa tradição e que no pós-guerra consolidavam sistemas nacionais de saúde de acesso universal e hierarquizados, a proposta da Medicina Preventiva não causa maior impacto nem sobre o ensino nem sobre a organização da assistência à saúde.

Na década de 70, no Canadá, o documento conhecido como Relatório Lalonde define as bases de um movimento ideológico na saúde que passou a ser designado como Promoção da Saúde (Canadá, 1974). Este relatório estabelece o modelo do "campo da saúde" composto por quatro polos: a *biologia humana* que inclui a maturidade e envelhecimento, sistemas internos complexos e herança genética; o *sistema de organização dos serviços*, contemplando os componentes de recuperação, curativo e preventivo; o *ambiente*, que envolve o social, o psicológico e o físico; e, finalmente, o *estilo de vida*, no qual podem ser considerados a participação no emprego e riscos ocupacionais, os padrões de consumo e os riscos das atividades de lazer. A Carta de Ottawa (Canadá, 1986), documento oficial que institucionaliza o modelo canadense, define os principais elementos discursivos do movimento da Promoção da Saúde: a) integração da saúde como parte de políticas públicas "saudáveis"; b) atuação da comunidade na gestão do sistema de saúde; c) reorientação dos sistemas de saúde; d) ênfase na mudança dos estilos de vida.

Na década de oitenta, desenvolvem-se programas acadêmicos, principalmente nos Estados Unidos, levemente inspirados por este movimento, sob a sigla HPDP (*Health Promotion Disease Prevention*), claramente indicando a opção pela proposta mínima de mudança de estilo de vida por meio de programas de modificação de comportamentos considerados de risco (como hábito de fumar, dieta, sedentarismo, etc.). No que se refere à absorção do discurso da promoção da saúde pelos organismos internacionais, podemos referir o Projeto Cidades Saudáveis da OMS, lançado com bastante publicidade em 1986. Vale ainda mencionar que o Banco Mundial, em conjunto com a Organização Mundial da Saúde, patrocina em 1991 uma atualização dos princípios do movimento da Promoção da Saúde, nele incorporando a questão do desenvolvimento econômico e social sustentado como importante pauta extra-setorial para o campo da saúde (Paim & Almeida Filho, 2000). Além disso, no contexto da Conferência Mundial pelo Meio Ambiente, conhecida como ECO 92, promovida pela ONU no Rio de Janeiro, a saúde ambiental foi definida no contexto da célebre Agenda 21 como prioridade social para a Promoção da Saúde.

Na América Latina, o desenvolvimento da teoria e da prática sobre a saúde no âmbito coletivo tem incorporado progressivamente enfoques, metodologias e técnicas de investigação das diversas ciências sociais e da saúde ao ponto de identificar-se a emergência de um campo de conhecimento e âmbito de práticas denominado Saúde Coletiva. No Brasil em particular, realiza-se nas últimas décadas um importante trabalho de formalização de teorias, enfoques, métodos e técnicas nas áreas da epidemiologia e da planificação em saúde, além de investigações concretas buscando a aplicação de métodos das ciências sociais no campo da Saúde Coletiva (Paim, 1982; Paim, 1992; Paim &

Almeida Filho, 2000). Nesse processo, têm emergido no campo novos temas de conhecimento e de intervenção, como os casos da comunicação social em saúde e da vigilância à saúde, além do resgate do papel político e social de práticas sanitárias tradicionais como a vigilância epidemiológica e a Vigilância Sanitária.

## **O CAMPO DA SAÚDE COLETIVA**

Inicialmente, a Saúde Coletiva foi postulada como essencialmente um campo científico (Paim, 1982; Donnangelo, 1983; Teixeira, 1985; Ribeiro, 1991), onde se produzem conhecimentos e saberes disciplinares acerca do objeto 'saúde'. Nesse sentido, o caráter interdisciplinar do objeto sugere uma integração dominante no plano acadêmico e não no plano das estratégias de intervenção-transformação da realidade de saúde. De acordo com Paim (1982), o objeto da Saúde Coletiva forma-se "nos limites do biológico e do social e compreende a investigação dos determinantes da produção social das doenças e da organização dos serviços de saúde, e o estudo da historicidade do saber e das práticas sobre os mesmos".

Para Donnangelo (1983), a Saúde Coletiva deve ser entendida como "conjunto de saberes" que subsidia práticas sociais de distintas categorias profissionais e atores sociais de enfrentamento da problemática saúde-doença-cuidado. Teixeira (1985) assim define a Saúde Coletiva: "área de produção de conhecimentos que tem como objeto as práticas e os saberes em saúde, referidos ao coletivo enquanto campo estruturado de relações sociais onde a doença adquire significação". Para Ribeiro (1991), a Saúde Coletiva pode ser considerada como um campo de conhecimento de natureza interdisciplinar cujas disciplinas básicas são a epidemiologia, o planejamento/administração de saúde e as ciências sociais em saúde. Este campo conforma atividades de investigação sobre a situação de saúde, a natureza das políticas de saúde, a relação entre os processos de trabalho e doenças e agravos, bem como as intervenções de grupos e classes sociais sobre a questão sanitária.

Em paralelo, considera-se que esta área do saber transdisciplinar fundamenta um âmbito multiprofissional, interinstitucional e transetorial de práticas sociais (Paim, 1992). A Saúde Coletiva compreende um conjunto de práticas (econômicas, políticas, ideológicas, técnicas, etc) que tomam como objeto as necessidades sociais de saúde (Gonçalves, 1992), como instrumentos de trabalho 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.

Em suma, a Saúde Coletiva também se constitui como âmbito de práticas, encontrando seus limites e possibilidades na distribuição do poder no setor saúde e no campo político de uma dada formação social. O eminente sanitarista argentino Mário Testa (1992), reconhece a Saúde Coletiva como uma prática social, uma construção histórica portanto, propondo o redimensionamento teórico da saúde como "campo de força" da produção científica e âmbito de aplicação da tecnociência. Trata-se de um espaço onde diferentes organizações e instituições sociais, constituídas por diversos agentes (especializados ou não), realizam ações concretas de promoção da saúde, dentro e fora do contexto social convencionalmente reconhecido como "setor saúde" (Paim & Almeida Filho, 2000). Mesmo considerando os atrativos imediatos de considerar políticas de saúde, ações de promoção, proteção e controle social e prescrições da saúde pública como "vetores e forças" contextualizadas

num setor do campo social de políticas públicas, devemos explorar outros sentidos e significados que podem ser extraídos da retórica do "campo da saúde" (Robertson, 1998).

Bourdieu (1983, 1989, 1996) emprega a metáfora de campo para expressar os espaços da sociedade onde as distintas forças sociais realizam os seus processos de interação. Articulados à noção de esferas sociais, os conceitos de campo científico e campo de práticas terminam por constituir um elemento chave na moderna sociologia da ciência. Nessa abordagem, a produção científica opera num campo de forças da esfera social que pode ser compreendido como um espaço multidimensional de relações em que agentes ou grupos de agentes ocupam determinadas posições relativas, em função de diferentes tipos de poder ou de capital. Nesse particular, Bourdieu (1989) contribui com os conceitos de *capital simbólico* e *campo científico*, indicando as funções e as redes onde operam determinações políticas e científicas para a constituição da ciência no mundo contemporâneo. Além do capital econômico, cabe considerar na esfera social o capital cultural, o capital social e o capital simbólico.

O campo científico seria um campo social como outro qualquer, com suas relações de força e monopólios, lutas e estratégias, interesses e lucros, onde porém todas essas invariantes assumem formas específicas, constituindo um "mundo à parte" (Bourdieu, 1996). Os campos científicos de fato não são estruturados pela ordem dos objetos do mundo empírico e sim instituídos por meio de uma *praxis* que articula objeto e método, concepção e prática, limites epistemológicos e limitações sociais, condição estruturais e ação organizada. Para Bourdieu (1996), a atividade científica "engendra-se na relação entre disposições reguladas de um habitus científico que é, em parte, produto da incorporação da necessidade imanente do campo científico e das limitações estruturais exercidas por esse campo em um momento dado do tempo".

Assim, para a constituição de uma ciência, não são os campos disciplinares que interagem entre si mas sim os sujeitos individuais e coletivos que os constroem na prática científica cotidiana. Desse modo, não existiriam campos científicos vazios, ou pelo menos preenchidos por entidades abstratas (princípios, conceitos, teorias, modelos). Os espaços institucionais da ciência seriam permanentemente ocupados por sujeitos da ciência, agentes históricos, organizados em grupos sociais peculiares que têm sido denominados de "comunidades científicas", estruturados nas matrizes de pensamento e conduta denominadas de 'paradigmas'.

Para os objetivos do presente texto, pode ser útil considerar uma distinção (provisória e preliminar) entre campo disciplinar, campo de aplicação tecnológica e campo de práticas sociais, simultaneamente caudatários e tributários do conceito de campo científico. Campo disciplinar (CD) refere-se ao espaço histórico-social e institucional ocupado predominantemente com o desenvolvimento de processos de produção e aplicação de conhecimentos científicos. Campo de aplicação tecnológica (CAT) indica espaços histórico-sociais e institucionais definidos por um predomínio de atividades de aplicação de tecnologia, com processos relativamente estruturados e produtos/resultados realizados com razoável grau de predição. Campo de práticas sociais (CPS) refere-se ao espaço simbólico, histórico-social e institucional onde se efetivam processos semi-estruturados ou não-estruturados de exercício da práxis comunal ou profissional. Trata-se de uma distinção com base no aspecto predominante, mas nunca exclusivo, de um dado campo social. Assim, um campo disciplinar pode ser fortemente impregnado por práticas sociais tanto quanto um

campo de aplicação tecnológica pode implicar importantes contribuições ao processo de produção de conhecimento científico. Finalmente, devemos notar os componentes ou segmentos de cada CPS, para os quais reservaria a denominação de "conjuntos organizados de práticas".

Aplicando estes conceitos a uma cartografia conceitual da Saúde Coletiva, tomada como campo de conhecimento e âmbito de práticas, podemos encontrar interessantes configurações, conforme o esquema da Figura 3. O campo da Saúde Coletiva [CSC] incorpora, integralmente, um campo disciplinar: a Epidemiologia (CD/Epi), um campo de aplicação tecnológica: o Planejamento & Gestão em Saúde (CAT/PGS), e um campo de práticas sociais: a Promoção da Saúde (CPS/PrS). Entre estes campos distintos, observa-se uma grande área compartilhada que, não obstante, ainda permite preservar as especificidades de cada campo (respectivamente científico, tecnológico e de prática social).

(AQUI FIGURA 3)

Conforme o esquema gráfico apresentado na Figura 4, o espaço da Saúde Coletiva e seus respectivos campos são também recortados por campos disciplinares, tecnológicos e sociais oriundos de "fora". O campo de aplicação tecnológica da Clínica (CAT/CM), originário da Medicina, atravessa a Epidemiologia (propiciando originalmente a sua base discursiva), além da Promoção da Saúde, com todos compartilhando temas de conhecimento e ação. O campo de práticas das Políticas Sociais (CPS/PoS) recorta o campo da Saúde Coletiva, superpondo-se principalmente ao campo da Promoção da Saúde (CPS/PrS) e ao Planejamento & Gestão em Saúde (CAT/PGS). O campo de práticas da Saúde Ambiental (CPS/SA) também "incide" sobre a Saúde Coletiva, especialmente sobre o campo disciplinar da Epidemiologia (CD/Epi) e sobre o campo de práticas da Promoção da Saúde (CPS/PrS). A projeção do campo disciplinar das Matemáticas (CD/Mat) ilustra as possibilidades de intercâmbios transdisciplinares para a constituição da Epidemiologia, enquanto que o conjunto articulado dos campos disciplinares das Ciências Humanas e Sociais (CD/CHS) recobre principalmente (mas não exclusivamente) o campo de práticas da Promoção da Saúde (CPS-PrS).

(AQUI FIGURA 4)

Considerando a especificidade do campo científico na acepção bourdieuniana, não se justifica problematizar a relação intersetorial no que diz respeito à Epidemiologia, campo disciplinar próprio da Saúde Coletiva. Por outro lado, o campo de aplicação tecnológica do Planejamento & Gestão em Saúde (CAT/PGS) alimenta ações intersetoriais enquanto o campo de práticas sociais da Promoção da Saúde (CPS/PrS) poderia ser essencialmente definido como foco privilegiado de incidência de efeitos extra-setoriais ao campo da saúde.

## **VIGILÂNCIA SANITÁRIA NA PROMOÇÃO DA SAÚDE**

Este referencial permite uma definição reduzida da saúde como subsetor do campo de práticas das Políticas Sociais (CPS/PoS), estruturado por um saber interdisciplinar ancorado no campo disciplinar da Epidemiologia (CD/Epi), por sua vez construído por intercâmbios transdisciplinares oriundos dos campos disciplinares das Matemáticas (CD/Mat) e do conjunto das Ciências Humanas e Sociais em Saúde (CD/CHS). Como um todo, o campo da saúde também se estrutura a partir de intercâmbios transetoriais através dos campos de

aplicação tecnológica da Clínica (CAT/CM) e do Planejamento & Gestão em Saúde (CAT/PGS), e dos campos de práticas da Promoção da Saúde (CPS/PrS) e da Saúde Ambiental (CPS/SA).

O exame deste esquema quase cartográfico do campo da Saúde Coletiva propicia elementos de análise que permitem posicionar o conjunto organizado de práticas da Vigilância Sanitária no contexto do campo de práticas da Promoção da Saúde (CPS-PrS). As práticas que compõem o campo da Promoção da Saúde podem ser agrupadas em três grupos:

a) Prevenção de Riscos ou Danos. Trata-se de ações destinadas a evitar a ocorrência de doenças ou agravos específicos e suas complicações ou seqüelas. Em geral constituem ações de aplicação e alcance individuais, não obstante repercussões no nível coletivo provenientes de efeitos agregados cumulativos das medidas de prevenção. Os textos clássicos que construíram o modelo preventivista (Arouca, 1975) propõem uma distinção entre prevenção primária, secundária e terciária (Leavell & Clark, 1976). A prevenção primária compreende a eliminação ou redução das causas das doenças ou problemas de saúde, na fase pré-clínica, antes do aparecimento de sinais ou sintomas, com a finalidade de impedir ou minimizar a sua ocorrência. A prevenção secundária implica identificação precoce dos primeiros sinais clínicos, buscando abreviar o curso, prevenir complicações ou melhorar o prognóstico de uma dada patologia por meio de tratamentos rápidos e eficientes. A prevenção terciária destina-se à redução de danos ou seqüelas resultantes de processos patológicos. Note-se que, por um lado, apenas o primeiro nível corresponde à definição de prevenção do senso-comum enquanto que, por outro lado, os demais níveis de prevenção terminam por englobar todo o repertório de práticas terapêuticas e reabilitativas da clínica.<sup>2</sup>

b) Proteção da Saúde. Compreende ações específicas, de caráter defensivo, com a finalidade de proteger indivíduos ou grupos de indivíduos contra doenças ou agravos. Distingue-se da prevenção porque a especificidade da proteção encontra-se na natureza e magnitude das defesas e não na intensidade dos riscos. A proteção da saúde pode ser tanto individual quanto coletiva. A redução da vulnerabilidade (melhora de condicionamento físico, por exemplo) e o aumento da resistência (ou resiliência, no caso de doenças psicossomáticas) são ilustrativos do primeiro caso; as eficientes tecnologias de fomento de imunidade coletiva são exemplos do segundo caso.<sup>3</sup>

c) Promoção da Saúde (em sentido restrito). Incluem-se aqui ações de fomento da capacidade dos seres e dos ambientes no sentido de reforçar positivamente os "valores de promoção da vida" (para usar uma expressão de Jaime Breilh, 1995), sem um sentido defensivo e sim afirmativo da saúde. O conceito restrito de promoção da saúde refere-se à ação difusa, sem alvo determinado, contra um agravo ou risco específico, buscando a melhoria global no estado de bem-estar ou qualidade de vida do grupo ou comunidade. Uma história crítica do movimento de promoção da saúde pode ser encontrada em

---

<sup>2</sup> - O essencial da crítica interna do modelo preventivista foi estabelecido pelo marcante texto de Sérgio Arouca (1975), *O Dilema Preventivista*, cuja atualização pode ser encontrada na última produção de Carmen Teixeira (2000), intitulada *O Futuro da Prevenção*.

<sup>3</sup> - Uma rica análise do conceito de proteção da saúde e sua delimitação teórica por referência ao modelo da Promoção da Saúde pode ser encontrada em Czeresnia (1999). A questão da proteção da saúde, controle de riscos e sua articulação com sistemas de vigilância da saúde e ações programáticas de saúde é tema de importante ensaio de Paim (1999).

Robertson (1998); sobre a atualidade do conceito e a necessidade de repensar as práticas de promoção senso estrito, consultar MacDonald (1998).

Como um todo, a idéia de um campo geral de Promoção da Saúde, contendo tanto a prevenção como a proteção da saúde, juntamente com uma definição restrita de promoção da saúde, implica que todo o repertório social de ações preventivas dos riscos e doenças, protetoras e fomentadoras da saúde, de certo modo contribuem para a redução do sofrimento causado por problemas de saúde na comunidade.

O Quadro II ilustra os principais elementos comparativos dessas estratégias:

(AQUI QUADRO II)

Os dispositivos, sinais e ações apontados no esquema são característicos de cada estratégia, porém não aí se propõe uma relação de exclusividade. Será instrutivo a localização de estratégias sanitárias típicas que se estruturam como conjuntos organizados de práticas de saúde, como a Vigilância Epidemiológica e a Vigilância Sanitária, neste quadro geral. A prática de localização precoce de portadores e paciente de doenças de alta transmissibilidade, característica da Vigilância Epidemiológica (Teixeira & Risi J., 1999), constitui aplicação direta e clara da idéia de prevenção secundária em nível agregado, onde cada caso índice corresponderia a um sintoma ou sinal precoce e o isolamento, bloqueio ou outras medidas de controle corresponderiam ao tratamento rápido destinado à prevenção de complicações na situação de saúde, como por exemplo um surto epidêmico de grandes proporções.

O conceito de saúde empregado para a definição de cada uma dessas estratégias e suas respectivas ações (com sinais, dispositivos, alvos etc.) é definidor dos critérios de avaliação do seu impacto sobre a situação de saúde. A noção de proteção da saúde fundamenta-se em um conceito estrutural de risco como possibilidade enquanto que o modelo de prevenção baseia-se no conceito epidemiológico de risco como probabilidade.<sup>4</sup> Ratificando a idéia de centralidade do campo disciplinar da Epidemiologia exposta acima, gostaria de destacar que o conceito correlato "fator de risco" subsidia tecnologias de controle de doenças que permitem operacionalizar a prevenção primária. A noção de "marcador de risco", por sua vez, articula-se à vigilância de grupos de risco e à identificação precoce de casos nas ações de prevenção secundária. Assim, o modelo preventivista rege-se por uma concepção de saúde como ausência de doença, posto que será sempre necessário referir-se à doença e risco quando se orienta ações no sentido de preveni-la. Por outro lado, os modelos de proteção e promoção da saúde somente se viabilizam a partir de concepções positivas da Saúde (conforme o Quadro 1), tanto no sentido individual quanto no sentido coletivo.

Aplicando a "metáfora cartográfica" ao tema deste ensaio, podemos enfim indicar que a Vigilância Sanitária insere-se predominantemente no campo de práticas sociais da Promoção da Saúde, como vimos, parte importante do campo da Saúde Coletiva. O conjunto organizado de práticas da Vigilância Sanitária, como todos os conjuntos componentes da Promoção da Saúde, é subsidiário do campo disciplinar da Epidemiologia. Além disso, encontra-se recortado por outros campos disciplinares, como por exemplo a

---

<sup>4</sup> - Uma análise da distinção entre possível e provável pode ser encontrada em outro texto (Almeida Filho, 1992). Esta contradição foi analisada posteriormente com mais amplitude e profundidade por Castiel (1999).

Toxicologia e a Microbiologia, e por campos de prática externos à Saúde Coletiva, como o Direito, a Saúde Ambiental e o campo das Políticas Públicas.

A Vigilância Sanitária será sem dúvida subsidiária de uma concepção da saúde social como ordem reguladora dos processos vitais dos seres e dos grupos na sociedade política (Costa, 1999). Algumas das ações características da Vigilância Sanitária, como por exemplo a verificação freqüente dos níveis de contaminantes em produtos ou ambientes e de componentes de medicamentos, em relação a um certo padrão mínimo de nocividade, implicam atividades de prevenção primária de riscos específicos ou de proteção da saúde frente a riscos inespecíficos. Por outro lado, o controle de qualidade de alimentos, juntamente com a segurança de produtos industriais e de ambientes ocupacionais, constituem atividades de promoção da saúde, no sentido de que pautam-se pela preservação de processos normais de vida biológica e social.

## COMENTÁRIOS FINAIS

O modelo analisado sem dúvida implica uma simplificação das idéias de Bourdieu sobre a dinâmica social, por exemplo incorporando de modo deficiente as noções de poder simbólico, *habitus*, campo político e campo de poder fundamentais para a construção teórica do campo da saúde. Trata-se de um dispositivo esquemático de síntese, por definição insuficiente para dar conta da complexidade dos fenômenos, processos e problemas da saúde-doença-cuidado. Não obstante os seus limites, espero que estas reflexões, ainda preliminares, sejam úteis para o necessário debate teórico-conceitual sobre a Vigilância Sanitária como estratégia de interferência na complexa problemática da situação sanitária brasileira.

A noção de proteção da saúde fundamenta-se em um conceito estrutural de risco como possibilidade enquanto que o modelo de prevenção baseia-se no conceito epidemiológico de risco como probabilidade.<sup>5</sup> Ratificando a idéia de centralidade do campo disciplinar da Epidemiologia exposta acima, gostaria de destacar que o conceito correlato "fator de risco" subsidia tecnologias de controle de doenças que permitem operacionalizar a prevenção primária. A noção de "marcador de risco", por sua vez, articula-se à vigilância de grupos de risco e à identificação precoce de casos nas ações de prevenção secundária. Cabe incorporar a este glossário os conceitos suplementares de "sensor de risco" e de "monitor de risco", referidos a indicadores estruturais de risco (de processos, produtos e ambientes) como propiciadores da possibilidade de ocorrência de doenças ou agravos à saúde.

Na expectativa de avanço e aprofundamento do debate conceitual no campo de práticas da Promoção da Saúde, qualquer projeto conseqüente de transformação da situação de saúde das populações necessariamente deve requerer conceitos destacados pela diversidade de sua extração teórica e métodos caracterizados pela pluralidade das técnicas de investigação e análise, propiciando uma compreensão totalizadora dos sistemas históricos e uma formulação de práticas discursivas e operativas (incluindo a Vigilância Sanitária) efetivamente capazes de interferir no espaço social da Saúde Coletiva. Será fundamental uma postura crítica capaz de explicitar implicações e determinações políticas e econômicas

---

<sup>5</sup> - Uma análise da distinção entre possível e provável pode ser encontrada em outro texto (Almeida Filho, 1992). Esta contradição foi analisada posteriormente com mais amplitude e profundidade por Castiel (1999).

da produção do conhecimento científico e das transformações históricas dos processos relativos à vida, à saúde, ao sofrimento e à morte nas sociedades humanas. No contexto de consolidação de um sistema de saúde mais justo e equânime no país, este é um momento crucial para a inserção institucional de tão rico e estratégico conjunto organizado de práticas de Promoção da Saúde - a Vigilância Sanitária - no campo da Saúde Coletiva.

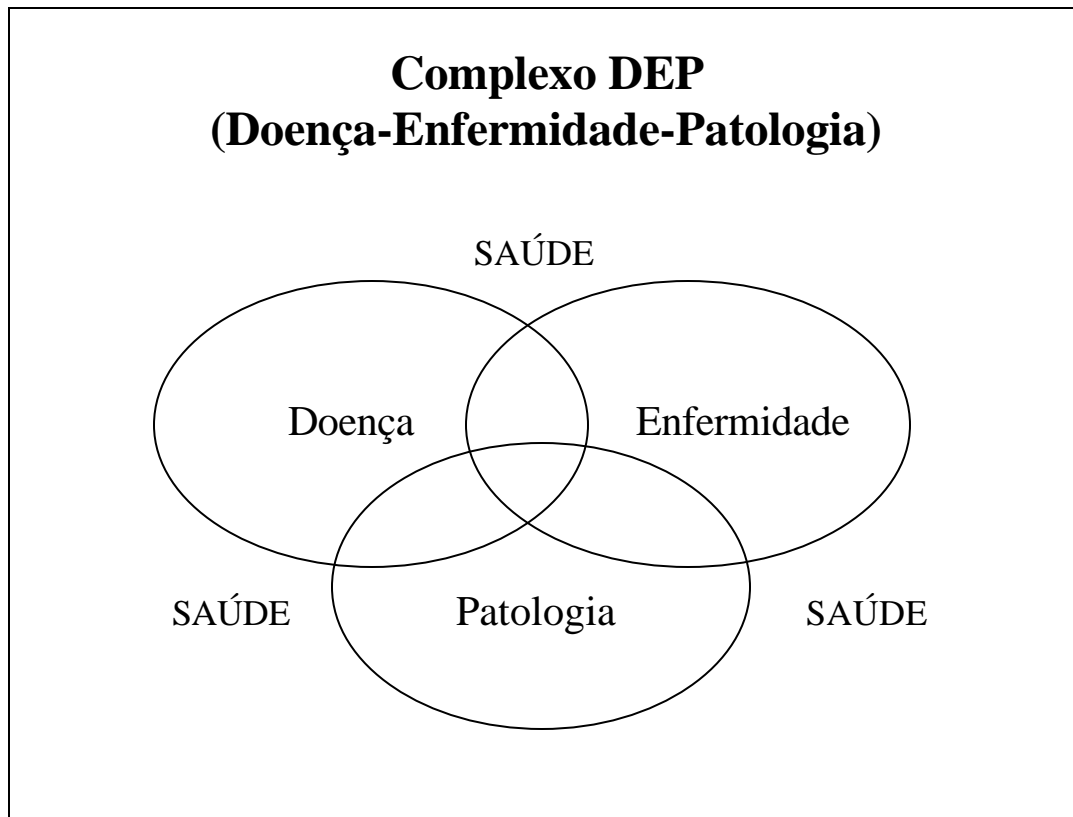
#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Almeida Filho, N. *A Clínica e a Epidemiologia*. Rio: APCE-ABRASCO, 1992.
- Almeida Filho N. Editorial - Qual o sentido do termo Saúde? *Cadernos de Saúde Pública* 16(2):300-301, 2000.
- Almeida Filho N. O Conceito de Saúde: Ponto-Cego da Epidemiologia? *Revista Brasileira de Epidemiologia* 2:00-00, 2000a (no prelo).
- Almeida Filho N. *A Ciência da Saúde*. São Paulo: Hucitec, 2000b.
- Arouca A. S. O Dilema Preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva. UNICAMP, 1975, (Tese de Doutorado).
- Ayres JR. *Sobre o Risco – Para compreender a Epidemiologia*. São Paulo: Hucitec, 1997.
- Bibeau G. A Step Toward Thick Thinking: From Webs of Significance to Connections Across Dimensions. *Medical Anthropology Quarterly* 2: 402 - 416, 1988.
- Bibeau G, Corin E. Culturaliser l'épidémiologie psychiatrique. Les systèmes de signes, de sens et d'action en santé mentale. In: P. Charest, F. Trudel e Y. Breton (dir). *Marc-Adélar Tremblay ou la construction de l'anthropologie québécoise*. Québec: Presses de l'Université Laval, 1994.
- Boorse C. On the distinction between Disease and Illness. *Philosophy and Public Affairs* 5:49-68, 1975.
- Boorse C. Health as a Theoretical Concept. *Philosophy of Science* 44:542-573, 1977.
- Boorse C. A Rebuttal on Health. In: Humber J, Almeder R. (eds.) *What is Disease?* New Jersey: Humana Press, 1997, p. 1-134.
- Bourdieu, P. O Campo Científico. In: Ortiz, R. (org.) *Pierre Bourdieu*. São Paulo: Editora Ática, 1983, p.122-155.
- Bourdieu, P. *O poder simbólico*. Lisboa/Rio de Janeiro: DIFEL/Editora Bertrand Brasil, 1989.
- Bourdieu, P. *Razões práticas. Sobre a teoria da ação*. Trad. Mariza Corrêa. Campinas: Papirus, 1996.
- Breilh J. *Nuevos conceptos y técnicas de investigación*. Quito: CEAS, 1995.
- Canada. *A new perspective on the health of Canadians: a work document*. Ottawa: Ministry of Health and Welfare, April 1974.
- Canada. *Ottawa Charter for Health Promotion: An international conference on Health Promotion*. Ottawa, WHO/Ministry of Health and Welfare, 1986.
- Canguilhem G. *La Santé: Concept Vulgaire et Question Philosophique*. Toulouse: Sables, 1990.
- Canguilhem G. *Le Normal et le Pathologique*. Paris: P.U.F., 1978. Primeira edição original: 1943.
- Caponi, S. Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud. *História, Ciências, Saúde* IV(2): 287-307, 1997.
- Castiel L.D. *A medida do possível... Saúde, risco e tecnobiociências*. Rio: Editora Fiocruz, 1999.

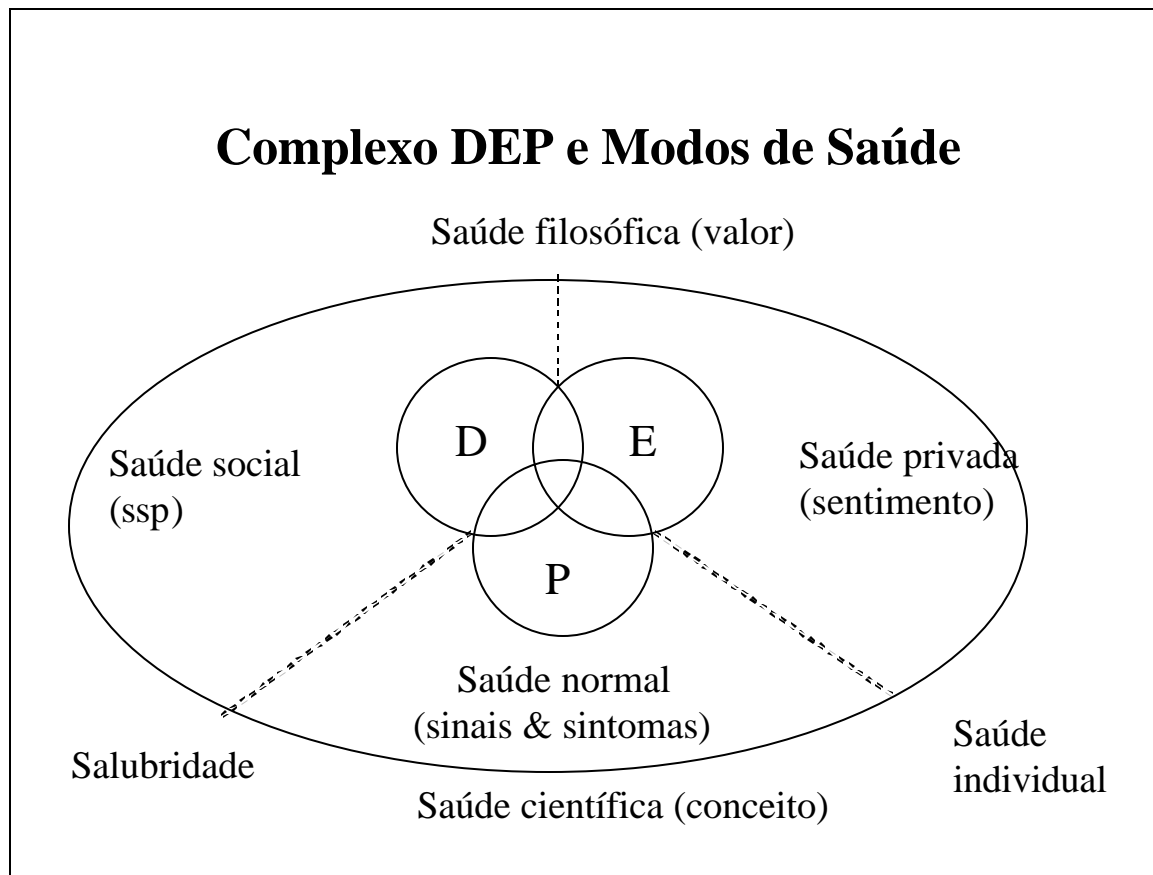


- Coelho MT, Almeida Filho N. Normal-patológico, saúde-doença: Revisitando Canguilhem. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, 9(1):13-36, 1999.
- Corin E. The social and cultural matrix of health and disease. In: R. G. Evans, M. L. Barer e R. Marmor (eds.) *Why are some people healthy and others not? The determinants of health of populations*. Hawthorn, NY: Aldine de Gruyter, 1995: 93 - 132.
- Costa E. Vigilância Sanitária: Defesa e Proteção da Saúde. In: Rouquayrol M.Z., Almeida Filho, N. (orgs.) *Epidemiologia & Saúde*. Rio: MEDSI, 1999, p. 327-352.
- Czeresnia D. The concept of health and the difference between prevention and promotion. *Cadernos de Saúde Pública* 15(4):701-709, 1999.
- Donnangelo M.C.F. *Saúde e sociedade*. São Paulo: Duas Cidades, 1976, 124p.
- Donnangelo M.C.F. A Pesquisa na Área da Saúde Coletiva no Brasil - A Década de 70. In: *Ensino da Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1983, p.17-35.
- Ferreira J.R. La crisis. In: Organización Panamericana de la Salud. *La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate*. Washington, D.C.: OPAS, 1992, p. 233-36. (OPS - Publicación Científica, 540)..
- Foucault M. *Naissance de la Clinique: une archéologie du regard médical*. Paris: P.U.F., 1963.
- Gonçalves RBM. Práticas de Saúde: Processo de Trabalho e Necessidades. *Cadernos CEFOR - Textos 1*. São Paulo: CEFOR, 1992, 53 p.
- Good B, Good MJ. The Meaning of Symptoms: a Cultural Hermeneutic Model for Clinical Practice. In: Eisenberg L, Kleinman A (eds.) *The Relevance of Social Science for Medicine*. Dordrecht, Holland: D. Reidel Publishing Co, 1980, pp.165-196.
- Heller A. *La Teoria de las Necesidades en Marx*. Barcelona: Península, 1986.
- Kawachi I. Social capital and community effects on population and individual health. *Annals of the New York Academy of Sciences* 896:120-130, 1999.
- Kleinman A, Eisenberg L, Good, B. Culture, Illness, and Care. Clinical Lessons from Anthropologic and Cross-cultural Research. *Annals of Internal Medicine* 88:251-258, 1978.
- Kleinman A. Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. In: Curren C, Stacey M. (Eds.) *Concepts of health, illness and disease. A comparative perspective*. Oxford, Berg Publishers, 1986, p. 29 - 47.
- Leavell, H. Clark, E.G. *Medicina Preventiva*. McGraw-Hill, São Paulo, 1976
- Levine S. The Meanings of Health, Illness and Quality of Life. In: *Quality of Life and Health. Concepts, Methods and Applications* (Guggenmoos-Holzmann I, Bloomfield K, Brenner H, Flick U, eds.). Berlin: Blackwell Wissenschafts-Verlag, 1995, p. 7-14.
- MacDonald, T. *Rethinking Health Promotion: A Global Approach*. London: Routledge, 1998
- McQueen, D. Perspectives on health promotion: theory, evidence, practice and the emergence of complexity. *Health Promotion International* 15(2):95-99, 2000.
- Noack H. Concepts of Health and Health Promotion. In: Abelin T, Brzezinski Z, Carstairs V (eds.) *Measurement in Health Promotion and Protection*. Copenhagen, WHO Regional Publications, European Series # 22, 1987, p. 5-28.
- Paim, J.S. Desenvolvimento teórico-conceitual do ensino em Saúde Coletiva. In: ABRASCO, *Ensino da Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1982, p.3-1982.
- Paim, J.S. Collective health and the Challenges of Practice In: *The Crisis of Public Health: Reflections for the debate*. Washington: PAHO Scientific Publication no. 540, 1992, p. 136-150.
- Paim J. S. A Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais. In: Rouquayrol, M.Z., Almeida Filho, N. (orgs.) *Epidemiologia & Saúde*. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999, p. 473-488.

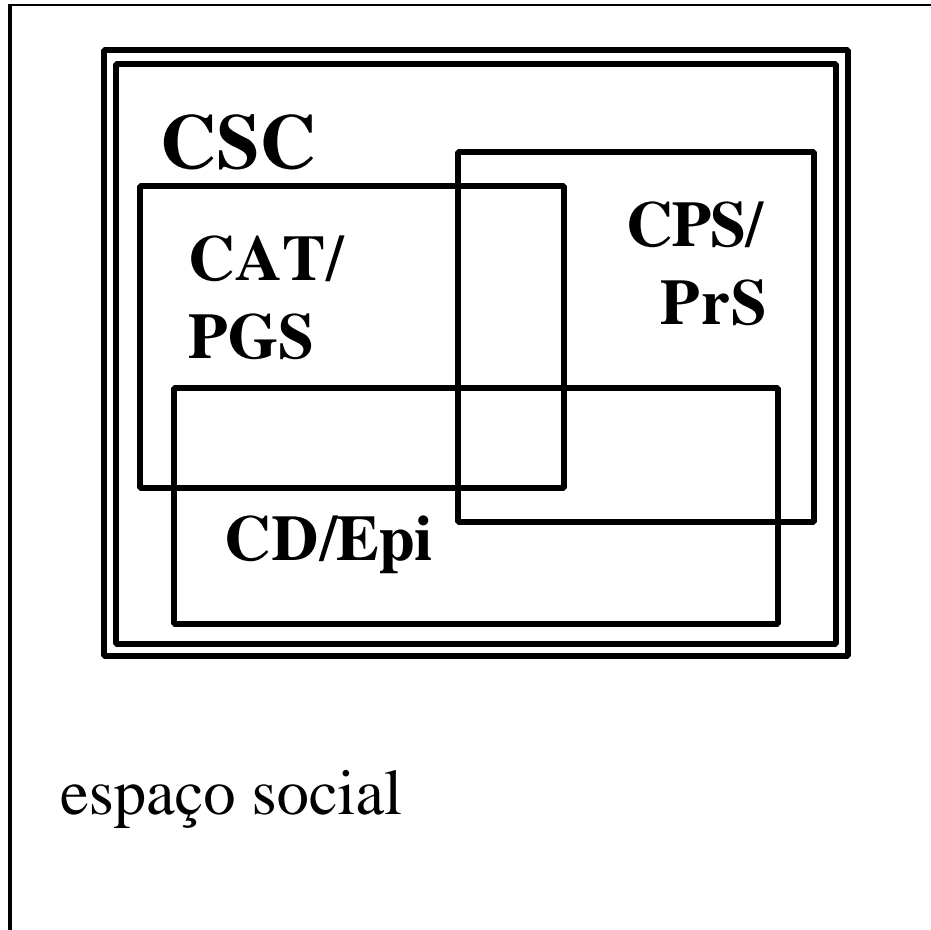
- Paim J, Almeida Filho N. *A Crise da Saúde Pública e a utopia da Saúde Coletiva*. Salvador: Casa da Saúde, 2000.
- Ribeiro, P.T. A instituição do campo científico da Saúde Coletiva no Brasil. Rio de Janeiro, 1991. 190p. (Dissertação de Mestrado - Escola Nacional de Saúde Pública).
- Robertson, A. Shifting discourses on health in Canada: from health promotion to population health. *Health Promotion International* 13(2):155-166, 1998.
- Rosen G. *Da Polícia Médica à Medicina Social*. Graal: Rio de Janeiro, 1980.
- Samaja J. *Epistemologia y Metodología*. Buenos Aires: EUDEBA, 1994.
- Samaja J. Fundamentos Epistemológicos de las Ciencias de la Salud. Tese de Doutorado, Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ, 1997.
- Schramm, RF, Castiel LD. Processo Saúde/Doença e Complexidade em Epidemiologia. *Cadernos de Saúde Pública* 8(4):379-390, 1992.
- Teixeira, S.F. As Ciências Sociais em Saúde no Brasil. In: Nunes, E.D. (org.) *As ciências sociais em saúde na América Latina. Tendências e Perspectivas*. Brasília: OPS, 1985, p.87-109.
- Teixeira, M.G., Risi Jr., J. Vigilância Epidemiológica. In: Rouquayrol, M.Z., Almeida Filho, N. (orgs.) *Epidemiologia & Saúde*. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999, p. 301-326.
- Teixeira, C.F. *O Futuro da Prevenção*. Salvador: Casa da Saúde, 2001.
- Testa, M. Salud Publica: acerca de su sentido y significado. In: Organización Panamericana de la Salud. *La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate*. Washington, D.C.: OPS - Publicación Científica no. 540, 1992, p. 205-29.
- The New Merriam-Webster Dictionary*. New York: Cardinal, 1969.
- Young A. The Anthropologies of Illness and Sickness. *Ann. Rev. Anthropol* 11:257-285, 1982.
- White, K. *Healing the Schism. Epidemiology, Medicine, and the Public's Health*. New York: Springer Verlag, 1991.



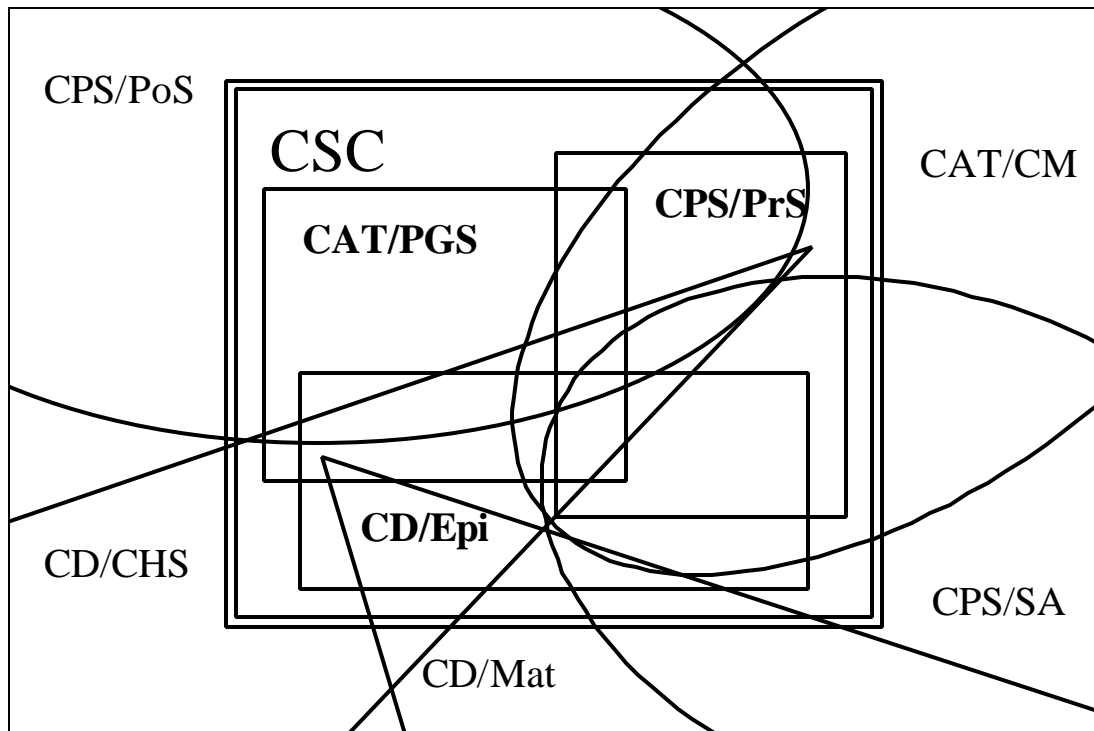
**FIGURA 1 – MODELO DE KLEINAMN-GOOD-YOUNG**



**FIGURA 2 - MODELO DE CANGUILHEM (ADAPTADO)**



**FIGURA 3 - O CAMPO DA SAÚDE COLETIVA**



**FIGURA 4 - O CAMPO DA SAÚDE COLETIVA E SEUS CORRELATOS**

<b>PLANOS DE EMERGÊNCIA</b>	<b>CATEGORIAS DE NÃO-SAÚDE</b>	<b>MODOS DE SAÚDE</b>	<b>DESCRITORES</b>
Subindividual	PATOLOGIA (pathology)	NORMALIDADE	Estado
Individual	PATOLOGIA (disease)	<b>SAÚDE NORMAL</b>	Sinais & sintomas
	TRANSTORNO (disorder)		
	ENFERMIDADE (illness)	SAÚDE PRIVADA	Sentimento
Coletivo	RISCO (risk)	(1 - RISCO)	Medida
	MORBIDADE (morbidity)	SALUBRIDADE	Situação
	DOENÇA (sickness)	SAÚDE SOCIAL	Sistemas <b>sspS</b>

**QUADRO I – PLANOS DE EMERGÊNCIA E MODOS DE SAÚDE**

<b>ESTRATÉGIAS</b>	<b>DISPOSITIVOS</b>	<b>SINAIS</b>	<b>ALVOS</b>	<b>AÇÕES</b>
PREVENÇÃO	Marcadores	Fatores de risco Casos-índice	Grupos de risco Redes de transmissão	Redução Remoção
PROTEÇÃO	Sensores	Eventos sentinela	Comunidades Ambientes	Monitoramento Controle
PROMOÇÃO	Monitores	Tendências Padrões	Ambientes Produtos	Monitoramento Fomento

**QUADRO II – ELEMENTOS DAS PRÁTICAS DE SAÚDE**