



**INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE
CIÊNCIAS DA VIDA E DA NATUREZA
(ILACVN)**

SAÚDE COLETIVA

**A CONTRIBUIÇÃO DA REVISTA SAÚDE EM DEBATE PARA A CONSTRUÇÃO
DA CRÍTICA AO PREVENTIVISMO**

GUSTAVO MATHIAS

Foz do Iguaçu
2025

**A CONTRIBUIÇÃO DA REVISTA SAÚDE EM DEBATE PARA A CONSTRUÇÃO
DA CRÍTICA AO PREVENTIVISMO**

GUSTAVO MATHIAS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto Latino-Americano Ciências da Vida e da Natureza (ILACVN) da Universidade Federal da Integração Latino-Americana, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Rodne de Oliveira Lima

Foz do Iguaçu

2025

GUSTAVO MATHIAS

**A CONTRIBUIÇÃO DA REVISTA SAÚDE EM DEBATE PARA A CONSTRUÇÃO
DA CRÍTICA AO PREVENTIVISMO**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Instituto Latino-Americano
Ciências da Vida e da Natureza (ILACVN) da
Universidade Federal da Integração
Latino-Americana, como requisito parcial à
obtenção do título de Bacharel em Saúde
Coletiva.

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof. Dr. Rodne de Oliveira Lima
UNILA

Prof. Dr. Carlos Guilherme Meister Arenhart
UNILA

Prof. Dr. Giuliano Silveira Derrosso
(UNILA)

Profa. Dra. Regiane Bezerra de Campos
(UNILA)

Foz do Iguaçu, _____ de _____ de _____.

TERMO DE SUBMISSÃO DE TRABALHOS ACADÊMICOS

Nome completo do autor(a): Gustavo Mathias
Curso: Saúde Coletiva

Tipo de Documento

(X) graduação (.....) artigo
(.....) especialização (X) trabalho de conclusão de curso
(.....) mestrado (X) monografia
(.....) doutorado (.....) dissertação
(.....) tese
(.....) CD/DVD – obras audiovisuais
(.....) _____

Título do trabalho acadêmico: A CONTRIBUIÇÃO DA REVISTA SAÚDE EM DEBATE PARA A CONSTRUÇÃO DA CRÍTICA AO PREVENTIVISMO

Nome do orientador(a): Prof. Dr. Rodne de Oliveira Lima

Data da Defesa: ____/____/____

Licença não-exclusiva de Distribuição

O referido autor(a):

a) Declara que o documento entregue é seu trabalho original, e que o detém o direito de conceder os direitos contidos nesta licença. Declara também que a entrega do documento não infringe, tanto quanto lhe é possível saber, os direitos de qualquer outra pessoa ou entidade.

b) Se o documento entregue contém material do qual não detém os direitos de autor, declara que obteve autorização do detentor dos direitos de autor para conceder à UNILA – Universidade Federal da Integração Latino-Americana os direitos requeridos por esta licença, e que esse material cujos direitos são de terceiros está claramente identificado e reconhecido no texto ou conteúdo do documento entregue.

Se o documento entregue é baseado em trabalho financiado ou apoiado por outra instituição que não a Universidade Federal da Integração Latino-Americana, declara que cumpriu quaisquer obrigações exigidas pelo respectivo contrato ou acordo.

Na qualidade de titular dos direitos do conteúdo supracitado, o autor autoriza a Biblioteca LatinoAmericana – BIUNILA a disponibilizar a obra, gratuitamente e de acordo com a licença pública **Creative Commons Licença 3.0 Unported**.

Foz do Iguaçu, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Responsável

Dedico este trabalho ao meu querido amigo Ronaldo Garcia Batista. Sua presença deixou uma marca indelével em nossas vidas, que resiste ao tempo — e sempre resistirá.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, em primeiro lugar, à minha mãe, Marli da Silva, cujo apoio constante e dedicação incansável foram fundamentais para que eu seguisse em frente nesta trajetória. Sem dúvida, sua peculiar mania de ter fé na vida tem sido um incentivo para que eu me levante e persista, mesmo diante das adversidades mais desafiadoras que encontrei ao longo do caminho.

Expresso também minha gratidão à minha grande amiga e companheira acadêmica e de vida, Ana Augusta Penteado de Oliveira, cuja marcante capacidade de desatar nós surge sempre nos momentos em que os problemas parecem insolúveis, trazendo consigo uma mensagem de esperança e transformação contínua.

Agradeço, ainda, ao meu orientador, professor Dr. Rodne de Oliveira Lima, que me apresentou o tema desta pesquisa, cuja revisitação se mostra de extrema relevância para que possamos nos manter críticos e atentos na defesa de um sistema de saúde equânime, universal e democrático.

Por fim, deixo meu sincero agradecimento a todos os amigos e familiares que estiveram presentes ao longo da minha caminhada, pois, sem eles, sem dúvida, nada disso teria sentido.

Muito obrigado a todos!

Saúde pode significar que as pessoas tenham algo além de simplesmente não estar doente. Que tenham direito a casa, ao trabalho, a um salário condigno, à água, à vestimenta, à educação, à ter informações sobre como se pode dominar esse mundo e transformá-lo.

Sérgio Arouca - 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, em Brasília (DF).

RESUMO

Esta pesquisa teve como objetivo investigar a disseminação da crítica à medicina preventiva no período que antecedeu a Reforma Sanitária Brasileira, bem como sua contribuição para a compreensão de fatores fundamentais à democratização da saúde no Brasil. O estudo analisou artigos voltados à crítica da medicina preventiva publicados na revista Saúde em Debate, do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde, entre 1976 e 1988, período marcado pela intensa repressão do regime militar. Entre os principais resultados, destacaram-se questionamentos à História Natural das Doenças, evidenciando sua incapacidade teórica de abranger os problemas de saúde de forma universalizada, como originalmente proposto. Além disso, observou-se uma crítica recorrente à racionalização dos modelos adotados, que deslocaram o foco da saúde pública para atender aos interesses econômicos do Estado e do setor privado. Conclui-se que esse modelo se mostrou insuficiente para resolver os problemas de saúde da população, o que se refletiu no declínio dos níveis de saúde e na fragilidade técnica e teórica do modelo.

Palavras-chave: saúde coletiva; preventivismo; medicina preventiva; história natural das doenças; reforma sanitária.

RESUMEN

Esta investigación tuvo como objetivo analizar la difusión de las críticas a la medicina preventiva en el período previo a la Reforma Sanitaria Brasileña, así como su contribución a la comprensión de factores clave para la democratización de la salud en Brasil. El estudio examinó artículos centrados en la crítica a la medicina preventiva, publicados en la revista *Saúde em Debate*, del Centro Brasileño de Estudios en Salud, entre 1976 y 1988, un período marcado por una intensa represión bajo el régimen militar. Entre los principales hallazgos, destacaron las críticas a la Historia Natural de las Enfermedades, señalando sus limitaciones teóricas para abordar de manera universalizada los problemas de salud, como se proponía originalmente. Además, se identificó una crítica recurrente a la racionalización de los modelos adoptados, que desplazaron el enfoque principal de la salud pública hacia el servicio de los intereses económicos del Estado y del sector privado de la salud. Se concluye que este modelo fue insuficiente para resolver los problemas de salud de la población, lo que se reflejó en el deterioro de los niveles de salud y en la fragilidad técnica y teórica del sistema.

Palabras-clave: salud colectiva; preventivismo; medicina preventiva; historia natural de las enfermedades; reforma sanitaria.

ABSTRACT

This research aimed to investigate the dissemination of criticism toward preventive medicine in the period preceding the Brazilian Health Reform, as well as its contribution to understanding key factors in the democratization of health in Brazil. The study analyzed articles focused on the critique of preventive medicine published in the journal *Saúde em Debate*, by the Brazilian Center for Health Studies, between 1976 and 1988, a period marked by intense repression under the military regime. Among the main findings, significant critiques were directed at the Natural History of Diseases, highlighting its theoretical limitations in comprehensively addressing health issues in a universalized manner, as originally proposed. Additionally, a recurrent critique emerged regarding the rationalization of adopted models, which shifted the primary focus of public health toward serving the economic interests of the state and the private health sector. It was concluded that this model proved insufficient in addressing the population's health issues, as reflected in declining health levels and the model's technical and theoretical fragility.

Keywords: public health; preventivism; preventive medicine; natural history of diseases; health care reform.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	14
2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	17
2.1 ANÁLISE DO DISCURSO.....	18
2.1.1 Seleção dos artigos na revista Saúde em Debate.....	19
2.1.1.1 <i>A contribuição dos autores selecionados e apresentação dos artigos.....</i>	<i>20</i>
2.1.2 Elaboração dos fichamentos.....	25
2.1.3 Análise dos fichamentos.....	26
3 MEDICINA PREVENTIVA: CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA E TEÓRICA DE SEU SURGIMENTO.....	28
3.1 O PREVENTIVISMO E SEU SURGIMENTO.....	28
3.2 CONTRIBUIÇÃO DA REVISTA SAÚDE EM DEBATE DURANTE A DITADURA MILITAR, COMO UM ESPAÇO DEMOCRÁTICO E DE RESISTÊNCIA MÉDICA.....	35
4 RESULTADOS, ANÁLISES E DISCUSSÃO.....	42
4.1 REDUCIONISMO CAUSAL DA MEDICINA PREVENTIVA E O AFASTAMENTO DA REALIDADE POLÍTICA-SOCIAL.....	42
4.2 A MEDICINA PREVENTIVA ENQUANTO UMA PROPOSTA RACIONALIZADORA.....	49
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	52
REFERÊNCIAS.....	56

1 INTRODUÇÃO

Este material refere-se a um Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para a conclusão do curso de bacharel em Saúde Coletiva da Universidade Federal da Integração Latino-Americana. Teve início no ano de 2022 e contou com uma longa jornada que buscou, em uma fase inicial, se aprofundar no tema e entender como a medicina preventiva se desenvolveu e se estabeleceu no Brasil do meio para o fim do século XX e quais eram suas proposições, características, bases teóricas e, sobretudo, sobre as estratégias que a levaram a se estabelecer como um novo paradigma do ensino e construção de saúde pública.

Ao analisar o material que se tornou a principal base teórica desta pesquisa, a tese de doutorado de Sérgio Arouca de 1975, foi possível compreender que a medicina preventiva, apesar de se apresentar como uma nova ferramenta frente às problemáticas da medicina curativa, não pode se desvincular dos tensionamentos impostos pelo mercado produtivo ao salientar uma dualidade a qual se entende o objeto da medicina: a compreensão dos valores vitais inerentes ao complexo biológico dos indivíduos, seu bem-estar e longevidade que estão em correlação e atribuem valor de uso para a venda de força de trabalho (AROUCA, 2003).

Ela se estabelece enquanto um discurso que objetivava a construção de um panorama de saúde, através de práticas educativas padronizadoras do comportamento humano. A prática médica, sob ótica do preventivismo, tende a ser influenciada por uma abordagem liberal, em que a doença é encarada predominantemente no âmbito biológico, sem considerar de forma abrangente as determinações sociais, econômicas, culturais e as condições insalubres e ambientais que podem contribuir para a manifestação de uma enfermidade ou epidemia (AROUCA, 2003).

No período em questão o Brasil enfrentava uma grave crise sanitária, manifestada pelos baixos índices de saúde da população, altas taxas de desnutrição e mortalidade infantil, condições precárias de saneamento básico, além da proliferação de epidemias de doenças infectocontagiosas como tuberculose, dengue, malária e infecções sexualmente transmissíveis, com destaque para a

disseminação descontrolada do HIV. Esse quadro de saúde contrastava com o crescimento do setor econômico de saúde no país, cujos investimentos – majoritariamente direcionados ao setor privado – não resultavam em melhorias concretas no bem-estar da população (SCOREL, 1999).

Diante do contexto delineado, surge um crescente descontentamento entre os cientistas das áreas humanas e das ciências da saúde, que, cada vez mais, começaram a problematizar não apenas os resultados alcançados pela medicina preventiva, mas também as suas premissas filosóficas, fortemente enraizadas no positivismo, o caráter essencialmente liberal dessa abordagem e, principalmente, sua limitada capacidade de impactar de maneira efetiva a população trabalhadora. Esse questionamento envolvia uma crítica à forma como os princípios da medicina preventiva, embora amplamente adotados, careciam de uma articulação mais eficaz com as reais necessidades sociais e estruturais das classes populares, resultando em um distanciamento entre as intenções das políticas de saúde e a realidade vivida pelas camadas mais vulnerabilizadas da sociedade (SCOREL, 1999).

Sarah Scorel, em *Reviravolta da Saúde* (1999), destacou como a censura e a repressão impostas pela Ditadura Militar tornaram extremamente difícil a circulação de críticas ao modelo hegemônico defendido pelo regime, especialmente durante o período do governo de Ernesto Geisel (1974–1979). A autora enfatiza a primeira fase desse governo, que teve como principal objetivo a restauração da ordem política por meio da repressão sistemática a qualquer forma de discordância.

É nesse contexto de repressão e censura que surge o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES), com o objetivo de articular uma resposta crítica e estratégica às políticas de saúde do regime. Como parte dessa estratégia de comunicação, foi criada, em 1976, a *Revista Saúde em Debate* (RSD), disseminada em diversos estados brasileiros, cujo propósito era divulgar reflexões e conhecimentos sobre saúde e o novo projeto político defendido pelo CEBES (SCOREL, 1999).

A revista conquistou ampla notoriedade e relevância no cenário nacional, publicando artigos fundamentais para a consolidação da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), como "Medicina Comunitária: introdução a uma análise crítica", de Jairnilson Paim, e "A História Natural das Doenças", de Sérgio Arouca. Além dessas contribuições essenciais, a revista também divulgou uma vasta gama de artigos

sobre temas mais específicos da saúde, abordando estratégias que seriam posteriormente adotadas pelo movimento da reforma sanitária, com o objetivo de garantir sua participação propositiva na Constituinte (FLEURY ET AL, 2007).

Diante do exposto, esta pesquisa se dedicou a examinar e construir um panorama detalhado da crítica ao modelo preventivista veiculado na Revista Saúde em Debate entre os anos de 1976 e 1988, com o intuito de compreender sua evolução e analisar como essa crítica contribuiu para a formação de uma das dimensões da Reforma Sanitária Brasileira: a construção de um novo paradigma.

2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Sousa e Santos (2020) retratam a importância dos procedimentos metodológicos primários e secundários em uma pesquisa na busca de respostas para a problemática e hipóteses que o trabalho levanta. A metodologia auxilia na construção do caminho para a formulação do problema, definição dos objetivos, seleção das bases para elaboração da fundamentação teórica e apresentação dos resultados.

Neste sentido, este trabalho propõe a análise de artigos publicados na revista Saúde em Debate, em um determinado período de tempo, começando pelas edições de outubro/novembro e dezembro de 1975, intitulada como “O INPS e a Seguridade Social no Brasil” até a edição número 23 de dezembro de 1988. Empregou-se, então, a abordagem de leitura de todos os artigos de cada edição dentro dessa cronologia.

Os procedimentos metodológicos pautaram-se em uma pesquisa do tipo qualitativa. Piovesan e Temporini (1995) abordam a pesquisa exploratória na área de saúde, destacando alguns princípios fundamentais. Enfatizam a importância de aprender a partir do conhecido, ampliar o conhecimento e formular perguntas racionais para obter respostas igualmente racionais. No contexto da saúde, explora a diferença entre conhecimento científico e popular, ressaltando a necessidade de considerar ambas as perspectivas.

Segundo Minayo (2010), a pesquisa qualitativa concentra-se na investigação de grupos específicos, na análise de seus discursos e visões de mundo, bem como na interpretação de documentos e outros elementos essenciais para a compreensão do fenômeno estudado. Essa abordagem busca não apenas entender os discursos e práticas dos grupos em questão, mas também contribuir para a construção e revisão do conhecimento sobre os fenômenos sociais abordados, proporcionando uma visão aprofundada das questões emergentes.

2.1 ANÁLISE DO DISCURSO

A Análise do Discurso (AD) é uma abordagem teórico-metodológica que se distingue principalmente pela sua concepção de linguagem e pela visão epistemológica que a orienta. Ao contrário das tradições positivistas, que buscam o conhecimento objetivo e generalizável através da identificação de relações causais, a Análise do Discurso adota uma perspectiva mais crítica e interpretativa. Segundo Burr (1995) e Parker (1992), ela não pretende descobrir uma verdade universal sobre a realidade, mas sim oferecer interpretações parciais e situadas, que refletem os contextos históricos e sociais específicos.

Autores como Derrida (apud. Burr, 1995) e Foucault (1979) ampliaram a compreensão da AD ao destacar a pluralidade de interpretações dos textos e a desconstrução das categorias fixas. Para Derrida, nenhum texto possui um único significado; todos os textos são passíveis de múltiplas interpretações, o que desafia a busca por verdades absolutas e sugere uma visão mais integrativa da linguagem.

Nogueira (2001) e Gil (2008) destacam que o pesquisador pode encontrar uma grande variedade de materiais que podem ser analisados por meio da Análise do Discurso (AD), como jornais, artigos, documentos oficiais, entrevistas, imagens, anúncios, entre outros, mas se faz necessário, ao pesquisador, conhecer as problemáticas e os objetivos de suas pesquisa. Dessa forma, é fundamental realizar um processo de seleção para determinar quais desses materiais serão incorporados à pesquisa, formando assim seu corpus de pesquisa.

Quanto às técnicas de aplicação do método, Parker (1992) afirma que não há uma rigidez determinante. Elas podem ser construídas conforme as percepções do pesquisador e as necessidades específicas de cada tipo de material. No entanto, o autor destaca que alguns elementos podem ser úteis na construção dos procedimentos, como tratar os objetos de estudo como textos (colocados em palavras), explorar conotações e associações livres, buscar objetos nos textos, analisar a fala sobre esses objetos como um objeto de estudo, especificar sujeitos (como pessoas, temas, assuntos, etc.) como tipos de objetos no texto, identificar contrastes nas formas como o discurso é apresentado, reconhecer pontos de sobreposição na fala sobre os mesmos objetos, analisar como os discursos

emergem, questionar como os discursos narram sua origem, identificar instituições reforçadas ou atacadas pelos discursos, e analisar como esses discursos se conectam com outros discursos, entre outros aspectos.

Diante disso, foram estabelecidas técnicas de seleção, organização e análise do material que objetivaram a aplicação do método, conforme descritas nas seções subsequentes.

2.1.1 Seleção dos artigos na revista saúde em debate

Para a seleção dos artigos, foram empregadas as estratégias de leitura seletiva recomendadas por Souza e Vargas, conforme descrito por Grabe (2002), que constitui uma leitura inicial que objetiva buscar elementos se aproximações com o tema em suas variadas dimensões, sejam elas de correlação direta ou indireta.

Medeiros (2008) destaca a importância de dois momentos distintos de leitura antes da escrita e seleção das informações relevantes para os fichamentos. O primeiro momento consiste na leitura flutuante do texto, que representa o primeiro contato com o material, permitindo avaliar sua pertinência e identificar possíveis citações relevantes para a temática da pesquisa — neste caso, sobre a medicina preventiva no Brasil. Essa leitura inicial, realizada por meio de extração manual, oferece uma compreensão rápida do texto e facilita a seleção dos materiais a serem utilizados. O segundo momento envolve uma leitura mais cuidadosa, focando na identificação de trechos que resumem o tema central e podem ser destacados nos fichamentos, enriquecendo a pesquisa.

Foram selecionados os artigos que apresentavam maior relevância para uma perspectiva histórica, crítica e analítica do da medicina preventiva, observado no Brasil entre as décadas de 1950 e 1980. Após a análise das edições anuais da Revista Saúde em Debate, foram pré-selecionados 63 artigos que abordavam a medicina preventiva. Dentre esses, após a aplicação das técnicas de leitura descritas acima, foram selecionados sete artigos (Quadro 1) que mais se relacionavam com o tema desta pesquisa, e que, por sua abordagem crítica possibilitaram uma análise que relacionasse a produção intelectual e sua contribuição para a superação do paradigma da medicina preventiva.

QUADRO 1: Artigos selecionados na Revista Saúde em Debate

Nº da revista	Ano	Artigo	Pág	Autor(a)
1	1976	História natural das doenças	14 -18	Sérgio Arouca
3	1977	O psicólogo na clínica	22 - 29	Sônia Maria Fleury Teixeira
13	1981	A identidade do psiquiatra	64 -73	Joel Birman
11	1981	Integração docente assistencial em saúde	47 - 48	Eleutério Rodriguez Neto
11	1981	Medicina preventiva e social no Brasil	59 - 61	Jairnilson Silva Paim
11	1981	Saúde Mental, Produto da Educação?	61 - 68	Jurandir Freire da Costa
20	1988	MPAS - O vilão da reforma sanitária?	65 -73	José Saraiva Felipe

Neste estágio da pesquisa, destacam-se as obras "O Dilema Preventivista", de Arouca (2003), "Reviravolta na Saúde", de Escorel (1999), e "Saúde e Sociedade", de Donnangelo e Pereira (1976). Esses trabalhos foram fundamentais para construir um panorama abrangente sobre a formulação e o desenvolvimento do projeto da medicina preventiva, bem como sua incorporação nas faculdades de medicina no Brasil. Além disso, durante a leitura dessas obras, foi possível identificar conceitos-chave que se alinhavam diretamente ao tema central da pesquisa.

Adotou-se como critério de exclusão as abordagens à medicina preventiva que a tomavam apenas como elemento periférico na composição de um contexto, e que não buscavam analisá-la ou explorá-la.

Ressalta-se aqui que a revista Saúde em Debate do Centro Brasileiros de Estudos em Saúde foi selecionada como ambiente dessa pesquisa por sua relevância contextual e histórica em que se insere a discussão sobre a medicina preventiva. Alguns fatores sobre esse assunto serão melhor aprofundados no capítulo 3.

2.1.1.1 A contribuição dos autores selecionados e apresentação dos artigos

Como preconizado por Parker (1992), a aplicação do método de Análise do Discurso aponta como fundamental conhecer os sujeitos que emitem os discursos para, de uma forma coesa, representar suas concepções sobre

determinados fenômenos dos quais se pretende estudar. Aproveitamos este momento, também, para fazer uma breve apresentação dos artigos selecionados.

Sérgio Arouca formou-se em Medicina pela Universidade de São Paulo (USP) em 1966, especializando-se em medicina preventiva. Foi professor e chefe do Departamento de Planejamento da Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp/Fiocruz) e presidente da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) a partir de 1985. Sua tese de doutorado, “O dilema preventivista”, fundamentou a base conceitual da saúde coletiva. No cenário internacional, atuou como consultor da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) e da Organização Mundial da Saúde (OMS), contribuindo para sistemas de saúde na Nicarágua e em outros países da América Latina. (FIOCRUZ, 2025)

Na política, foi um dos principais líderes do movimento sanitarista, que garantiu a saúde como direito na Constituição de 1988. Como presidente da Fiocruz, reintegrou cientistas cassados pela ditadura e defendeu a democratização do conhecimento científico. Foi secretário de Saúde do Rio de Janeiro em 1987 e concorreu à vice-presidência da República pelo PCB em 1989. Faleceu em 2 de agosto de 2003, aos 61 anos, deixando um legado essencial na formulação do Sistema Único de Saúde (SUS) e na defesa da saúde como um direito universal no Brasil. (FIOCRUZ, 2025)

O excerto da tese de doutorado de Arouca, publicado pela Revista Saúde em Debate, em 1976, e analisado nesta pesquisa, fez um recorte de sua exposição sobre a base teórica da medicina preventiva, a “História Natural das Doenças”, aponta que este modelo cartesiano é teoricamente insuficiente para a construção de mecanismos e ferramentas que sejam capazes de apreender todo o complexo da saúde humana.

Sonia Fleury é formada em Psicologia pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) em 1972, com mestrado em Sociologia e doutorado em Ciência Política. Foi pesquisadora titular da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e fundadora do Núcleo de Estudos Político-Sociais em Saúde (NUPES), contribuindo para a análise comparada da Reforma Sanitária Brasileira. Participou da formulação da Reforma Sanitária e da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), atuando no CEBES, na ABRASCO e como consultora da Assembleia Nacional Constituinte na redação do texto sobre Seguridade Social da Constituição de 1988. Também

integrou o Conselho de Desenvolvimento Econômico e Social (2003-2006) e prestou consultoria a organismos internacionais como BID e Opas. Em 2009, recebeu a Medalha de Ouro Oswaldo Cruz por sua contribuição à saúde pública. (Wikifavelas, 2024)

"O Psicólogo na Clínica" (1977), de Sonia Fleury, aborda as alternativas da medicina preventiva diante da crise sanitária que afetava a saúde mental no Brasil, resultado principalmente do asilamento em massa de indivíduos com transtornos mentais.

Joel Birman formou-se em Medicina pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) em 1971, com especialização em Psiquiatria, e obteve mestrado em Filosofia pela PUC-Rio (1976) e em Saúde Coletiva pela UERJ (1979). Concluiu doutorado em Filosofia na USP em 1984, com a tese "Pensamento Freudiano e a Constituição do saber psicanalítico", e realizou pós-doutorado na Université Paris Diderot (1994-1996). (LATTES, 2025).

Atualmente, é professor de Psicologia na UFRJ e do Instituto de Medicina Social da UERJ. Birman é amplamente reconhecido por suas contribuições à psicanálise e à saúde coletiva, sendo autor de diversos livros sobre a temática. Suas pesquisas, que integram psicanálise e questões sociais, têm impactado o entendimento da saúde mental, especialmente no que diz respeito à crítica ao modelo psiquiátrico tradicional e à busca por novas abordagens no cuidado de indivíduos com transtornos mentais (ESPPE, 2025).

O artigo "A Identidade do Psiquiatra" (1981) de Joel Birman discute a construção da identidade do psiquiatra, associada inicialmente à terapia asilar. Ele destaca a crítica ao modelo de asilamento e a busca por alternativas preventivas, como as comunidades terapêuticas. Birman explora a transição da psiquiatria de uma abordagem patológica para uma preventiva, reconhecendo, no entanto, as limitações desse modelo diante das complexidades das doenças mentais.

Eleutério Rodriguez Neto formou-se em Medicina pela Universidade de Brasília (UnB) em 1970, com especialização em Medicina Preventiva. Atuou como professor na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) e na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), além de coordenar o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), onde contribuiu para a formulação do Plano de Reorientação de Assistência à Saúde Previdenciária.

Seu trabalho foi essencial na integração dos serviços de saúde ao sistema previdenciário brasileiro. Foi também líder do movimento sanitarista e teve papel importante na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), defendendo a saúde como direito na Constituição de 1988 (CEBES, 2014)

Eleutério teve uma atuação marcante como líder do movimento sanitarista, presidindo o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) em duas gestões e exercendo a vice-presidência da Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO). Também desempenhou funções relevantes no Ministério da Saúde, no Gabinete Civil da Presidência da República e na Organização Mundial da Saúde (OMS), onde contribuiu para o desenvolvimento de políticas públicas e ações voltadas à saúde. Sua contribuição foi crucial na criação e consolidação de um sistema de saúde universal, equânime e acessível, consolidando a saúde como um direito fundamental do cidadão. Eleutério deixou um legado indelével para o Sistema Único de Saúde (SUS), falecendo em 23 de dezembro de 2013. (CEBES, 2014)

O artigo integração docente-assistencial em saúde tratou da abordagem proposta pela medicina preventiva para o estreitamento entre a academia e os serviços de saúde. Nele, o autor apresenta sua visão crítica e analítica sobre as teorias e modelos de implementação empregados às ações da IDA.

Jairnilson da Silva Paim é uma referência no campo da saúde coletiva, especialmente no que tange à Reforma Sanitária Brasileira e ao Sistema Único de Saúde (SUS). Graduado em Medicina pela Universidade Federal da Bahia (UFBA) em 1972, Paim construiu uma trajetória acadêmica sólida, sendo um dos fundadores do Instituto de Saúde Coletiva (ISC/UFBA). Paim possui uma produção científica substancial, a qual inclui 168 artigos e 14 livros e destacou-se com a obra "O que é SUS", que se consolidou como um best-seller e uma importante fonte de disseminação de conhecimento sobre o sistema. Em sua formação acadêmica, concluiu o mestrado em Medicina e Saúde em 1975 e o doutorado em Saúde Pública em 2007, com a tese "Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica". (UFBA, 2021)

No artigo de Paim, "Medicina Preventiva e Social" (1981), analisado neste trabalho, o autor explora de maneira crítica as questões históricas, teóricas e práticas da implementação da medicina preventiva no Brasil. Ele destaca as

influências políticas, históricas e econômicas nos modelos de saúde, ressaltando teorias fundamentais para a compreensão dos aspectos abordados e suas implicações para a saúde pública no contexto brasileiro.

Jurandir Freire Costa formou-se em Medicina pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) em 1972 e, desde 1974, desenvolveu uma importante carreira acadêmica e profissional, com ênfase na saúde mental e na relação entre psicanálise e cultura. Foi professor no Departamento de Psiquiatria da UERJ e no Instituto de Medicina Social (IMS), onde contribuiu para a formação do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Costa se destacou por sua militância em favor de uma saúde mental não normativa e pela crítica às práticas tradicionais de psiquiatria, participando ativamente da Reforma Psiquiátrica brasileira.

O texto de Costa, intitulado “Saúde Mental, um produto da Educação” (1981) discutiu sobre as estratégias de integração entre a academia e os serviços de saúde mental apresentadas pela medicina preventiva. O enfoque do trabalho foi analisar a pertinência e a forma de implementação das IDA, tomando como exemplo algumas experiências observadas em faculdades de medicina do Brasil.

José Saraiva Felipe possui graduação em Medicina pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) em 1976 e mestrado em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) em 1991. Felipe foi autor de diversos materiais críticos que ajudaram a embasar a Reforma Sanitária Brasileira (RSB). Atualmente, sua atuação política está vinculada ao Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB) de Minas Gerais. Também ocupa o cargo de conselheiro do Conselho Superior da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte e é professor de Medicina Preventiva e Social na UFMG. Foi deputado federal pelo PMDB de Minas Gerais em diversas ocasiões. Seu trabalho, analisado nesta pesquisa, “MPAS: o vilão da reforma sanitária”, abordou a postura do Ministério da Previdência e Assistência Social diante da Reforma Sanitária Brasileira, destacando os obstáculos políticos e sociais que influenciaram o andamento das reformas no setor da saúde.

2.1.2 Elaboração dos fichamentos

Após a seleção dos artigos que compuseram o *corpus* da pesquisa, iniciou-se o processo de elaboração dos fichamentos, cuja finalidade era organizar o material de forma sistemática e estruturada. Essa etapa visava não apenas dispor os conteúdos de maneira acessível, mas também construir um panorama abrangente das informações que, em um estágio posterior, seriam analisadas.

Segundo Medeiros (2008), o fichamento desempenha um papel crucial na organização das informações que embasam um trabalho científico. Nele, são selecionadas as ideias-chave do autor mais pertinentes para a pesquisa, com o objetivo de estabelecer um diálogo entre diferentes autores e construir uma base sólida para a investigação. Na construção dos fichamentos desta pesquisa, seguiu-se os elementos essenciais preconizados por Medeiros (2008) para fichamento bibliográfico, com mesclas de um fichamento textual.

Francelin (2016) ressalta que os fichamentos são ferramentas essenciais para a compreensão e organização das ideias emergentes dos textos lidos, desempenhando um papel crucial no início de uma pesquisa. Eles facilitam a organização e a articulação das ideias e intenções investigativas com base no material consultado. O autor também enfatiza que, embora não seja viável fichar todos os artigos e textos lidos durante a pesquisa, é imprescindível aplicá-lo aos que constituirão em alicerce de uma pesquisa, facilitando a organização e a articulação das ideias investigativas. Neste trabalho, foram fichados e categorizados os artigos que foram mantidos após a fase de exclusão.

A partir desse ponto, as críticas à medicina preventiva presentes nos artigos analisados da revista foram sistematicamente categorizadas em diferentes grupos, com base em sua relevância e foco. Essas categorias incluíram: críticas de natureza teórica, que questionavam os fundamentos conceituais e epistemológicos da medicina preventiva; críticas relacionadas à implementação, que abordavam os desafios e falhas nos processos de introdução e institucionalização das abordagens preventivistas; críticas de caráter antidemocrático, que destacavam a limitação da autonomia e liberdade dos indivíduos nas práticas preventivas; críticas de viés político, que analisavam as implicações ideológicas e estruturais da medicina preventiva; e críticas ao propósito econômico subjacente, que evidenciavam a lógica

de racionalização e mercantilização da prática médica. A organização dos fichamentos em categorias temáticas possibilitou a estruturação clara das ideias, facilitando a identificação de padrões, recorrências e tendências dentro do campo de estudo. Vale ressaltar que, em muitos casos, um mesmo artigo apresentou aproximações com mais de uma categoria.

2.1.3 Análise dos fichamentos

Após a conclusão dos fichamentos, iniciou-se a etapa de análise. Nesse processo, os argumentos foram organizados de acordo com suas respectivas categorias, sendo expostos e interpretados à luz do contexto histórico, político e social da época, a fim de estabelecer conexões que permitissem uma compreensão mais aprofundada das críticas e das dinâmicas envolvidas.

Cada fichamento foi dividido em duas partes distintas: a primeira parte aborda os aspectos técnicos, como o tipo da referência, palavras-chave, informações sobre os autores e os objetivos do trabalho. Já a segunda parte consistiu na elaboração de um resumo do texto, que inclui as principais citações (diretas e indiretas), os autores citados, uma síntese das principais ideias e considerações finais.

Na análise, o arcabouço teórico do analista é primordial visto que a teoria deve mediar todo o processo. Segundo Souza (2014), quanto mais o analista recorre ao dispositivo teórico, mais consistente é o trabalho de interpretação e maiores as possibilidades de identificação das formações discursivas e conseqüentemente da filiação ideológica do material selecionado. Portanto, buscou-se realizar as análises provocando articulações entre os discursos e o material que compôs a base teórica deste trabalho.

Após a triangulação, observou um enraizamento conceitual entre a teoria e os artigos analisados que propiciou um movimento orgânico entre as categorias, culminando na emergência de dois grandes eixos temáticos de análise. Esses eixos, por suas implicações intrínsecas, absorveram as categorias previamente expostas, sendo capazes de centralizá-las de maneira mais coesa e proporcionando maior fluidez na apresentação dos resultados. Os temas que emergiram foram: "o

reducionismo causal da medicina preventiva e o distanciamento da realidade político-social" e "a medicina preventiva enquanto uma proposta racionalizadora".

3 MEDICINA PREVENTIVA: CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA E TEÓRICA DE SEU SURGIMENTO

Neste capítulo, os artigos selecionados da Revista Saúde em Debate foram analisados a partir da contextualização histórica e teórica do surgimento da Medicina Preventivista; no qual, o movimento ideológico, que emergiu nos Estados Unidos durante a década de 1960, foi analisado, considerando-se as motivações e o potencial de transformar a prática médica tradicionalmente curativa. (AROUCA, 1975)

3.1 O PREVENTIVISMO E SEU SURGIMENTO

Segundo Arouca (1975), o modo capitalista de produção utiliza o espaço social para perpetuar a ideologia dominante, fazendo parecer natural a identidade entre as classes e a situação atual. Dentro deste contexto, a desigualdade é mascarada, promovendo a ilusão de igualdade de direitos, como à educação e à saúde, o discurso social é descrito como mítico e ambíguo, com instituições como a escola obrigatória e os serviços de previdência social afirmando a igualdade em uma sociedade de classes.

No interior dos aparelhos de Estado, não é a lógica de produção que prevalece, mas sim as representações dessa lógica. Assim, a educação e a saúde são vistas como bens sociais e não como mecanismos de reprodução das relações de trabalho. A escola, portanto, deve ser democrática e a medicina integral, segundo as representações que, na prática, demonstram essa abordagem.

Arouca (1975) traz que o caráter liberal das medidas preventivas e a falta de apoio das políticas públicas, resultou em uma aplicação restrita às populações com maior poder aquisitivo. A partir da década de 1950, o movimento preventivista começa a se consolidar nas principais universidades brasileiras, influenciando a criação de Departamentos de Medicina Preventiva (DMPS) e moldando a formação médica com foco na saúde pública e na prevenção de doenças.

Paim (1981) argumenta que o preventivismo foi encarado como uma prática ideológica e discursiva que criticava a ideologia que procurava substituir.

Essa crítica abordou não só a prática e a educação médica, mas também a saúde e a doença. Enquanto prática ideológica, criticou a medicina existente por sua falta de racionalidade, excessiva especialização, abordagem biologicista e individualista e inadequação dos profissionais às necessidades da população. Simultaneamente, afirmou seus princípios fundamentais, visando a reorientação da prática médica em direção a uma nova atitude integral, preventiva e social por parte dos médicos.

Donnangelo (1976) é conhecida por suas contribuições teóricas que desafiaram as bases do preventivismo. Em suas teses apresentadas ao Departamento de Medicina Preventiva da Universidade de São Paulo, além de criticar a visão fragmentada e reducionista da saúde promovida pelo modelo preventivista e enfatizou a importância de uma abordagem integradora, que considerasse os fatores sociais e econômicos que influenciam a saúde. Donnangelo foi uma das precursoras do movimento sanitário, que defendia a saúde como um direito universal e inalienável, e o papel do Estado como principal agente na promoção e garantia desse direito. Sua obra ajudou a moldar a compreensão contemporânea da Saúde Coletiva no Brasil, influenciando políticas públicas e práticas de saúde.

Cada um desses autores oferece perspectivas valiosas sobre os desafios e possibilidades de transformação social em contextos específicos, contribuindo para uma compreensão mais ampla e crítica das dinâmicas contemporâneas. A análise crítica desses autores sobre o preventivismo revela as limitações do modelo e a necessidade de uma abordagem mais ampla e inclusiva na saúde pública. Suas contribuições teóricas foram fundamentais para a evolução do pensamento sanitário no Brasil, culminando na consagração da saúde como um direito constitucional com a promulgação da Constituição de 1988 (FLEURY, 2018).

O movimento ideológico do preventivismo nasce nos Estados Unidos no começo da década de 60, com o intuito de transformar a prática médica de um modelo puramente curativo, que tratava a enfermidade somente quando ocorria. O movimento de Medicina Preventiva propunha uma ação antecipada, onde a ação médica deveria prevenir que doenças se instalassem em grande parte da população e se convertessem em problemas mais graves. À primeira vista, essa ideia parece positiva, mas Arouca (1975) argumenta que essas medidas preventivas representaram uma ideologia de cunho liberal, sem apoio e incentivos de políticas

públicas do Estado. Neste sentido, eram medidas restritas a uma população com baixo poder aquisitivo para arcar ou se responsabilizar por essas ações.

Quando surgiu nos Estados Unidos, o modelo preventivo trouxe uma inovação significativa para a área da saúde. O cuidado médico não se limitava mais a uma abordagem puramente curativa, com este novo paradigma médico passou a incluir a capacidade de prever doenças, surtos e epidemias, respondendo às novas necessidades sociais relacionadas ao cuidado médico. Embora esse modelo parecesse constituir uma visão mais abrangente da saúde em comparação à anterior, focalizava exclusivamente nos aspectos biomédicos, sem considerar os fatores sociais, seguindo um paradigma puramente biológico inspirado nas ideias positivistas.

Para Mota, Schraiber e Ayres (2018), a Medicina Preventiva buscou expandir suas fronteiras dentro da saúde através da organização de diversos encontros acadêmicos, com o objetivo de promover este novo modelo inovador e convencer a comunidade médica de sua eficácia. Em 1952, nos Estados Unidos, com financiamento da Fundação Rockefeller, a Opas promoveu uma série de seminários na América Latina para discutir estratégias em saúde pública, apresentando o preventivismo como um método crucial no combate a doenças, prevenção de epidemias e na disseminação do modelo de assistência médica individual.

Ainda Mota, Schraiber e Ayres (2018), a partir dos encontros promovidos para articular diferentes perspectivas sobre saúde pública, inspirados pela conferência de 1952 da Association of American Medical Colleges, financiada pela Fundação Rockefeller, a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) disseminou uma agenda de seminários na América Latina. O objetivo era promover uma atuação mais integrada na saúde pública e na assistência médica individual. Esse movimento culminou no surgimento do ideário preventivista, fundamentado em três principais vertentes: higiene, que surgiu no século XIX, estreitamente associada ao desenvolvimento do capitalismo e à ideologia liberal; custos da atenção médica nas décadas de 1930 e 1940 nos Estados Unidos, em meio à nova divisão de poder internacional e à dinâmica da Grande Depressão, resultando na formação do Estado interventor; redefinição das responsabilidades médicas dentro da educação médica. Essas vertentes contribuíram para moldar uma abordagem preventiva na saúde,

destacando a importância da higiene, a gestão dos custos médicos e a evolução da educação médica.

A disseminação do modelo preventivo em saúde para países subdesenvolvidos foi impulsionada por uma série de seminários, notadamente os realizados em países latinos, como os Seminários de Vinã del Mar (Chile) e de Tehuacán (México), onde estes eventos desempenharam um papel significativo no contexto educacional em saúde na América Latina, deixando uma marca expressiva no Brasil. As transformações resultantes, visíveis na reestruturação das escolas médicas e na adoção de abordagens preventivas, promoveram uma visão mais abrangente e integrada da saúde, alinhada com as necessidades da população e as demandas do contexto socioeconômico (MOTA, SCHRAIBER, AYRES, 2018).

A Medicina Preventiva desempenhou um papel central nessas iniciativas, influenciadas significativamente por grandes fundações empresariais privadas dos Estados Unidos, como Rockefeller, Kellogg, Milbank e Ford. Estas fundações atuaram como financiadoras de projetos de cooperação internacional, em parceria com a Opas, utilizando estratégias que incluíam o recrutamento de docentes para treinamento em universidades norte-americanas. Esse esforço visava disseminar o enfoque da medicina preventiva nos países da América Latina, promovendo-a como uma abordagem essencial no combate a doenças, prevenção de epidemias e na reformulação dos sistemas de assistência médica individual (RIBEIRO; CASTRO, 2019).

A influência dessas mudanças não se restringiu apenas às escolas médicas, mas alcançou outras áreas da saúde, como a Enfermagem. A criação de departamentos específicos, como o de enfermagem preventiva e comunitária, reflete a adoção de abordagens mais orientadas para a prevenção. A reforma da Universidade de São Paulo (USP) e a introdução desses conceitos nas décadas de 1960 e 1980 indicam uma transformação profunda no pensamento e na prática educacional em saúde.

Nesse cenário, a alta densidade populacional, a presença limitada do Estado em questões sociais e a proliferação de convênios de saúde para trabalhadores criaram um ambiente favorável para a entrada de empresas internacionais de saúde buscando lucro máximo no território latino-americano. Essas empresas não apenas adotaram uma abordagem preventiva como estratégia de

cuidado, mas também a incorporaram em suas narrativas publicitárias, transformando-a em um diferencial competitivo.

Mota, Schraiber, Ayres (2018) argumentam que três fatores foram essenciais para as bases científicas para consolidar o modelo preventivo, como: Higiene, ligado ao desenvolvimento capitalista e à ideologia liberal; custos médicos, que foram já debatidos entre a década de 1930-1940 nos EUA, e que já havia mudanças na dinâmica internacional de poder; redefinição das responsabilidades médicas, principalmente na formação acadêmica médica. Essas vertentes, provenientes de diferentes contextos históricos e ideológicos, foram essenciais para moldar o ideário preventivo na busca por abordagens mais abrangentes na promoção da saúde pública preventiva liberal e da assistência médica individual, e conseqüentemente, sua maior mercantilização.

Já para Escorel (1999), o preventivismo se calcou em três pilares: integração no interior das escolas médicas, principalmente nos cursos de graduação e pós graduação, para a formação de médicos ligados a esta perspectiva de prevenção as enfermidades; buscar incorporar novas atitudes de prevenção nos alunos através de práticas pedagógicas e métodos desta vertente. Consideração do setor de saúde como algo individual, através das perspectivas liberais, e ideias de suposta neutralidade, desconsiderando questões sociais e desigualdades, advindas de ideias positivistas.

Para Arouca (1975), dentro da Perspectiva Preventiva, o cuidado médico é encarado como um processo de trabalho, envolvendo várias relações, como conhecimentos, técnicas, relações sociais e as necessidades a serem satisfeitas. Essas relações moldam a forma como o cuidado médico se desenvolve ao longo da história. No contexto da política estatal, as atitudes preventivas foram integradas por meio de organismos de saúde pública, com o objetivo principal de abranger a atenção das populações consideradas marginais.

No âmbito do ensino, a medicina preventiva surge como mais uma disciplina-tampão, alinhando-se a outras que criticam a disciplina da qual emergem. Essas disciplinas centralizam suas estratégias de modificação da prática no ensino, possuindo uma organização institucional legitimada e constituindo-se em discursos e práticas concretas que contribuem para a estabilização ideológica de propósitos mais gerais e idealistas. Essa análise destaca a complexidade e a ambigüidade da

medicina preventiva, que, apesar de suas pretensões transformadoras, mantém elementos conservadores em sua essência, especialmente quando considerada no contexto mais amplo das estruturas de poder e controle social (COSTA; MISOCZKY; ABDALA, 2018).

A medicina lida com uma contradição fundamental entre o que é vital para a vida humana e o que é determinado pela sociedade. Ela se concentra nos cuidados com os valores vitais, que são influenciados pelo contexto social e histórico. A contradição surge porque a medicina trata esses valores como objetos de trabalho, mas esses valores também têm um uso atribuído pela sociedade, o que afeta sua dinâmica e possibilidades ao longo do tempo. Em outras palavras, a medicina enfrenta o desafio de lidar com aspectos vitais da vida humana, ao mesmo tempo em que esses aspectos são influenciados e interpretados pelo contexto social e histórico (Arouca, 1975).

A partir da década de 50, os Departamentos de Medicina Preventiva (DMPS) começaram a adentrar em várias Universidades renomadas no Brasil, como as faculdades Paulista de Medicina e de Ribeirão Preto. A Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa criada em 1963 foi influenciada pelo pensamento da Faculdade de Saúde Pública da USP. A fundação do Departamento de Medicina Social em 1966, com a liderança de médicos como Diogo Pupo Nogueira, Ítalo Martirani, Bernardo Bedrikow e Airosa Galvão, refletiu essa perspectiva.

Para Mota, Schraiber e Ayres (2018) a criação dessa escola foi condicionada pelo Ministério da Educação e Cultura à sua inserção no movimento preventivista, alinhando-se com outras instituições da época que enfatizavam a medicina preventiva. Este movimento já estava presente em São Paulo, com a Faculdade de Medicina da USP focando em Medicina Preventiva e Pediatria Social, a Escola Paulista de Medicina tendo um professor como secretário, e a Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, cujo diretor também era entusiasta da medicina preventiva.

A partir da Reforma Universitária de 1968, torna-se obrigatório a incorporação da Medicina Preventiva, se expandindo ainda mais os DMPS para outras Universidades, primeiramente dentro do estado de São Paulo, e depois para demais regiões brasileiras. Nota-se que primeiramente, a Medicina Preventiva no Brasil se instaurou no campo acadêmico, para formação dos futuros profissionais de

medicina para atuarem sobre o modelo biomédico, sem considerar fatores sociais, psicológicos e especificidades de um país com proporções continentais.

Nas universidades, o discurso preventivista foi absorvido de maneira diferenciada nas diversas faculdades, assim como as próprias faculdades, sob um mesmo regime autoritário, eram diferenciadas entre si quanto ao grau de autonomia e liberdade de pensamento e discussão. Dessa forma, o modelo preventivista foi incorporado no Brasil “no sentido de um projeto racionalizador da atenção médica. (SCOREL, 1999, p. 21)

É interessante destacar o termo biomédico para compreender as críticas ao modelo preventivo, que apesar de trazer avanços para a prevenção da doença, ainda se pautava por um olhar somente a enfermidade, sem considerar outros fenômenos. Para Pinheiro (2021) o modelo biomédico, historicamente fundamentado no positivismo e funcionalismo, nasceu em um contexto de transformações sociais e epidemias, como a peste negra. Na Revolução Industrial, o conceito de saúde estava atrelado à ausência de doença, e o cuidado era fragmentado, focando nas partes problemáticas da "engrenagem" humana. Assim, a trajetória do modelo biomédico reflete sua origem em concepções simplificadas de saúde, centradas na ausência de doença, e destaca a importância de abordagens mais holísticas, sociais e participativas para uma compreensão genuína da saúde e da doença na sociedade.

De forma geral, neste capítulo foi possível trazer como foi a introdução e consolidação da Medicina Preventiva no Brasil a partir da década de 1950 foram marcadas pela criação de departamentos especializados em diversas universidades renomadas, como a Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Esses departamentos, influenciados por correntes internacionais e pelo pensamento da Faculdade de Saúde Pública da USP, focaram na formação de médicos preparados para abordar os determinantes sociais da saúde. A Medicina Preventiva buscava centralizar a atenção médica, incorporando o aluno como produtor direto do conhecimento e promovendo a integração comunitária através de uma estrutura departamental específica. A implementação desse modelo nas universidades variou, refletindo diferenças em autonomia e liberdade de pensamento. O movimento preventivista foi incorporado como um projeto racionalizador da atenção médica, enfatizando a importância da prevenção e da saúde pública, enquanto o modelo biomédico continuou a influenciar fortemente a

prática médica.

3.2 CONTRIBUIÇÃO DA REVISTA SAÚDE EM DEBATE DURANTE A DITADURA MILITAR, COMO UM ESPAÇO DEMOCRÁTICO E DE RESISTÊNCIA MÉDICA

Para Ponte e Falleiros (2010), durante a ditadura militar (1964-1985), a política predominante favorecia a privatização da saúde, no qual houve uma diminuição significativa da participação direta do Estado na prestação de serviços de saúde à população, sendo substituída em grande parte pela rede privada. A assistência médica era condicionada à posse de carteira de trabalho assinada e fornecida pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), criado em 1974. Aqueles fora desse grupo buscavam atendimento em instituições filantrópicas ou privadas. É importante ressaltar que, mesmo com o INAMPS, a maior parte do atendimento ocorria em clínicas privadas, revelando um padrão em que o governo federal repassava recursos para essas instituições em vez de investir diretamente na saúde pública. Esse processo resultou em uma verdadeira drenagem de recursos públicos, transformando a saúde em um negócio altamente lucrativo para as empresas privadas de medicina.

Paula (2020) expõem que sobre o governo de Geisel (1974-1979) foi caracterizado por uma tentativa de transformação do regime ditatorial-militar, embora enfrentasse crises internas e uma crescente fragilidade repressiva. Esse contexto foi crucial para o entendimento das mudanças estruturais promovidas, focadas na acumulação de capital, privatização de serviços e intensificação da desigualdade social, consolidando uma autocracia burguesa que exacerbou as disparidades entre ricos e pobres.

A instabilidade política e social durante a ditadura militar não apenas reprimiram a democracia, mas também exacerbaram problemas de saúde pública, levando à necessidade urgente de uma reforma sanitária no Brasil. A criação da previdência social marcou o início dos modelos que afirmariam os direitos sociais, serviços estes que seriam “oferecidos” pelo Estado. O vínculo das empresas como Caixa e Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs) com a população não viabilizava a cidadania, uma vez que se restringia apenas aos assegurados, fator

esse que potencializava a desigualdade de classes, uma vez que indivíduos sem vínculo empregatício que não poderiam pagar pelo seguro contavam com o auxílio do Ministério da Saúde na obtenção de atendimento de cunho curativo (MENICUCCI, 2014, p. 47).

Tais objetivos foram reiteradamente apresentados em Saúde em Debate, revista de divulgação da entidade. Sua característica foi aliar conhecimento científico e político aplicado à gestão das políticas de saúde por meio de uma visão crítica e alternativa ao sistema de saúde vigente. De fato, entre 1976 e 1986 observamos que Saúde em Debate envidara esforços para divulgar – em maior ou menor grau – a mensagem de que as políticas de saúde estariam sendo geridas de forma ineficiente e de que os serviços de saúde, se bem geridos, poderiam gerar melhoria das condições de saúde da população. Essa mensagem seria ressaltada por meio da divulgação de artigos, fotografias, tirinhas, caricaturas e mesmo em seus editoriais. Todas essas aparições pareciam privilegiar imagens negativas da política, do sistema de ensino médico e do sistema de saúde. (SOPHIA, 2013, p.1404)

A Revista Saúde em Debate (RSD) foi fundada em 1976 pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) com o objetivo principal de construir uma revista trimestral e além disso, disseminar a necessidade de mudanças sociais, ser uma ferramenta de denúncias da falta da efetivação de políticas públicas para a população em geral, especialmente na área da saúde, enquanto buscava promover a democracia e a justiça social. Esta parceria em pouco tempo, marcou o início de um movimento significativo em prol da Reforma Sanitária no Brasil, buscando aprofundar as questões relacionadas à saúde, enfatizando os determinantes sociais da saúde, a participação popular, a importância da atenção primária e combatendo a privatização dos serviços de saúde. Paralelamente, o movimento sindical de Renovação Médica emergiu com objetivos semelhantes, expandindo a concepção de saúde para além do tratamento de doenças, priorizando também a prevenção. Esses movimentos foram cruciais na promoção de uma abordagem mais abrangente e inclusiva em relação à saúde no Brasil (CEBES, 2019).

A parceria entre RSD e o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) teve como principal finalidade ser um veículo de denúncias sobre a falta de políticas sociais adequadas, especialmente na saúde pública, durante um período em que tais serviços eram cada vez mais precarizados. Além de difundir a necessidade de mudanças sociais, a revista buscava promover a democracia e a justiça social, destacando-se como um espaço crítico e transformador frente às políticas

autoritárias vigentes (CEBES, 2019; MENICUCCI, 2014). A análise dos registros da Revista Saúde em Debate dessa época não apenas documenta esses desafios, mas também evidencia o papel fundamental das ciências sociais, como a sociologia e a história, na transformação da sociedade e na resistência aos regimes autoritários.

Paula (2020) enfatiza a coragem e o caráter problematizador da Revista, em sua quarta edição publicada em 1977, apontando críticas a situação da saúde pública no Brasil através de um cartum de Laerte na capa, onde Oswaldo Cruz é representado de forma irônica, lendo um jornal ao lado de seu aberto, em meio ao caos na saúde pública. Esse desenho satírico reflete a preocupação com a condição sanitária do país, destacando questões como endemias, mortalidade infantil, falta de saneamento e organização das favelas. No primeiro artigo, intitulado "Democracia e Saúde", Emerson Merhy discute as dinâmicas do modo de produção capitalista, evidenciando a supremacia dos detentores dos meios de produção e a exploração do proletariado, ilustrando essas questões por meio de quadros explicativos.

Paula (2020 apud Merhy 1977) relaciona o intenso êxodo rural e a urbanização descontrolada como catalisadores das mazelas sociais. Os investimentos em saúde, predominantemente direcionados ao setor privado hospitalar através do INPS (Instituto Nacional de Previdência Social), refletem uma distribuição desigual de recursos que exacerbou as disparidades sociais. Esses aspectos fundamentaram a necessidade crescente de uma luta de classes mais evidente e uma representação mais efetiva dos usuários no sistema de saúde. Essas análises de Merhy não apenas evidenciam as desigualdades estruturais presentes no sistema capitalista brasileiro da época, mas também apontam para a urgência de reformas sociais e políticas que promovam uma distribuição mais equitativa de recursos e um sistema de saúde público mais acessível e eficiente.

Considerando o contexto histórico da Medicina Preventiva, assim como os aspectos sociais e culturais, é fundamental estabelecer uma conjuntura dos eventos relacionados à censura, omissão e atenuação de críticas durante o período em que o Brasil foi governado por militares. Essa contextualização se mostra essencial para uma compreensão mais aprofundada da análise e seleção de artigos e textos realizados a partir das edições da Revista Saúde em Debate, foco especial desta pesquisa.

Muitos pesquisadores e profissionais tinham uma leitura da realidade brasileira através de preceitos do marxismo, onde usavam a Revista como uma forma de manifestação contra políticas públicas na saúde que beneficiavam a burguesia, o empresariado em detrimento das camadas mais populares e carentes do país. Com a implantação do Preventivismo, ficou mais evidente que os interesses de grupos privados na área da saúde se expandiam, enquanto a saúde pública se desmantelava e era esquecida pelos governos militares. A revista Saúde em Debate acabou se tornando um instrumento de debate sobre diversos temas, como: distribuição de recursos e a situação da população carente no Brasil, uma luta contra o regime militar, expondo a intenção de denunciar as políticas estatais que privilegiavam certas camadas sociais em detrimento de outras.

O período autoritário muitas vezes ressoou no campo da memória como algo benéfico para população, pelo fato da vigília em relação aos meios de comunicação. A Revista Saúde em Debate por ter um caráter acadêmico e de estar restrita a uma circulação de um grupo específico, passou um tanto despercebida pela censura e pode apontar os temas importantes referentes à Saúde Pública no Brasil. No entanto, é notório que a memória sobre a Ditadura Militar muitas vezes não leva em consideração os aspectos de abandono ao qual a saúde esteve relegada durante o regime. A população muitas vezes não compreende que as ações do governo estavam relacionadas com outros interesses, o que deveria ser pensado como um bem comum terminou o período ditatorial favorecendo grupos específicos e condenando outros a conviver com um atendimento à saúde de estrutura precária. (PAULA, 2020, p. 175).

Para Paula (2020) desse modo, a revista abriu espaço para denunciar as doenças relacionadas às condições de exploração da força de trabalho, desafiando a narrativa do Estado. Certas enfermidades eram associadas diretamente às condições em que os indivíduos viviam, servindo ao Estado para justificar espaços socialmente marginalizados como intrinsecamente doentes. No contexto da Ditadura, a sanitização visava criar bolsões de pobreza, culpando os indivíduos e eximindo o Estado de responsabilidade. Essa prática não é algo novo e remonta ao início do século XX, especialmente durante o período Vargas, onde o nacionalismo impulsionava ações de integração e modernização, muitas vezes acompanhadas de repressão às críticas. A medicina desempenhou um papel fundamental nesse processo, consolidando projetos de modernização e transformação social, o que num futuro próximo, daria voz a Reforma Sanitarista Brasileira, e felizmente a constituição do SUS, 1990, na era democrática do país.

Paula (2020) ainda revela que durante o período militar brasileira houve uma constante modificação nos serviços de saúde, acompanhada pela consolidação de instituições privadas com esse propósito. A falta de recursos nas camadas sociais menos privilegiadas acentuou as disparidades, principalmente para aquelas que estavam na informalidade e no desemprego, levando à prevalência de inúmeras doenças relacionadas à falta de saneamento básico e infraestrutura. O governo mantinha os valores burgueses, reprimindo opositores, e ocultando casos, como os surtos de meningite na década de 70, AIDS e hepatites, na década de 80. Os artigos da revista Saúde em Debate explicitaram a preocupação em promover conscientização e mudanças para garantir equidade na saúde, especialmente através da reforma sanitária, de uma saúde para todos, um direito fundamental a todo cidadão brasileiro. A importância desta revista e dos Profissionais de saúde que nela encontraram uma ferramenta de críticas e luta por um país para todos, se somaram aos movimentos sociais para retomada da democracia, celebrando a conquista da saúde como direito e da criação dos SUS, a partir da constituição de 1988.

Arouca (1975) evidencia sete pontos-chave que ajudam como a Medicina Preventiva se instaurou no Brasil, principalmente no âmbito acadêmico e depois na prática como modelo de Saúde Pública, principalmente durante o Período militar. O primeiro ponto-chave é a centralização da atenção médica, no qual o ensino médico é adaptado para atender uma prática de prestação de serviços; aluno como produtor direto: no modelo preventivo, o aluno é encarado como produtor direto do conhecimento, enquanto o médico está sujeito a ser uma mão-de-obra presa às relações contratuais. O preventivismo está inserido em um modelo que busca tornar as ações mais eficientes, apoiando na ideia de trabalhador assalariado na área médica. Além disso, ela valida o plano do Estado, de dismantelar pouco a pouco, o compromisso com a saúde pública, ao expandir os serviços de saúde privados, contribuindo para aumentar a procura por esse setor. O Terceiro ponto é a Mudança na Intelectualidade Preventiva; a classe intelectual se afasta da sociedade comum e das preocupações sociais e começam a ocupar cargos e posições dentro das instituições, e também nas instituições estatais da saúde.

O quinto ponto ressaltado por Arouca (1975) é estrutura Departamental para Integração Comunitária, no qual esta estrutura é substituída por critérios de a

outros critérios de integração que vêm operacionalizar o discurso oficial do Estado Brasileiro: incentiva-se o desenvolvimento de programas de comunidade, cuja a lógica está pautada no modelo preventivo; Integração mas somente no momento prático: no modelo racionalizador, a abordagem de integração dentro da escola é substituída por uma integração voltada para fora, envolvendo as carreiras de saúde e o sistema de saúde. A equipe de saúde é considerada como um agente de saúde em comunidades, e a prática médica se mescla com a ideia de cuidado integral. E o último ponto, está envolta da Integração Docente-Assistencial: que envolve um plano de estratégias entre ensino e assistência. Os programas que unem essas áreas envolvem uma redefinição do currículo médico e propõem uma organização serial, onde os alunos, desde os primeiros anos, desempenham atividades na rede oficial de serviços à saúde.

Nesse trecho, Arouca se baseia na teoria de valor desenvolvida por Marx, na tentativa de explicitar a percepção do 'cuidado médico' como um processo de trabalho que gera valor. Sua intenção era contrapor-se ao pensamento clássico que considera o 'cuidado médico' como um 'serviço' que não produz valor. Com o objetivo de caracterizar bem o sentido da expropriação do valor no 'trabalho médico' (CARNUT; MENDES e MARQUES, 2019, p. 4).

A expansão do setor privado, com o surgimento de mais planos de saúde e hospitais particulares, reflete uma transformação significativa. Essa mudança, caracterizada pelo surgimento cada vez maior de instituições privadas no campo da saúde, sugere uma reconfiguração nas dinâmicas de cuidado médico, marcando uma transição para uma maior participação do setor privado em detrimento do papel do Estado. Essas transformações não apenas alteram o panorama institucional, mas também levantam questionamentos sobre o equilíbrio entre interesses públicos e privados na oferta de serviços de saúde.

Arouca (1975) evidencia que a Medicina Preventiva aborda a continuidade em duas dimensões: a primeira é a continuidade fisiopatológica qualitativa, refere-se a observar como as alterações no funcionamento do corpo levam a diferentes estágios da doença, que se manifesta nas transformações patológicas nos tecidos e órgãos, identificando lacunas de conhecimento entre saúde e doença. A segunda dimensão utiliza a estatística para estabelecer padrões de normalidade, considerando saúde e doença como um contínuo separado

estatisticamente. Em linhas gerais, define-se o preventivismo que busca reunir esse conhecimento sob o conceito ecológico de doença para reorganizar a prática médica.

Ainda Arouca (1975) ressalta que os conceitos estratégicos por trás da medicina preventiva, destacando sua integração na prática médica cotidiana e sua capacidade de mudança e evolução, identificando a medicina preventiva não apenas como um projeto de reforma da saúde, mas como um novo paradigma que se diferencia da medicina curativa ao adotar uma visão holística da saúde e da doença. Assim, o discurso preventivista não só se posiciona como o futuro da medicina, mas também como um processo contínuo de transformação na educação e na prática médica, buscando ampliar suas fronteiras de atuação e impacto social.

Para Mota, Scraiber e Ayres (2018) as bases teóricas centradas no conceito da história natural das doenças e a mitificação de conceitos como "população e comunidade" no âmbito do preventivismo foram conceitos que eram frequentemente utilizados para neutralizar a ideia de classes e interesses conflitantes, despolitizando a pluralidade de grupos e minorias.

Para Belloch e Olabarria (1993), os princípios do paradigma biopsicossocial reconhecem que o corpo humano é um organismo que processa informações, atribui significados e se comporta com base nesses dados, enfatizando a interconexão desses aspectos. Além disso, destacam que saúde e doença são estados em equilíbrio dinâmico, influenciados por variáveis biológicas, psicológicas, culturais e sociais em constante interação.

Segundo Paim (2008), o modelo preventivo tem suas bases teóricas na visão biomédica, liberal e individualista em saúde, que negligencia a responsabilidade coletiva da comunidade e do Estado. Durante o período do Regime Militar no Brasil, caracterizado pela falta de preocupação com as questões sociais do país e investimentos insuficientes em políticas públicas de saúde, o preventivismo encontrou um ambiente propício. Isso permitiu um Estado desengajado e favoreceu um grande potencial de crescimento na mercantilização do cuidado médico. A expansão do setor privado e a mercantilização do cuidado médico durante o período militar no Brasil são destacados como transformações significativas que alteraram as dinâmicas de cuidado médico, privilegiando o setor privado em detrimento do papel do Estado.

4 RESULTADOS, ANÁLISES E DISCUSSÃO

Neste capítulo, os resultados encontrados na revista Saúde em Debate foram apresentados de forma temática, permitindo uma organização mais estruturada da análise. Além disso, foi estabelecido um diálogo entre os artigos e as teorias que fundamentaram esta pesquisa, a fim de contextualizar e aprofundar a discussão dos achados.

4.1 REDUCCIONISMO CAUSAL DA MEDICINA PREVENTIVA E O AFASTAMENTO DA REALIDADE POLÍTICA-SOCIAL

Nos artigos analisados, uma crítica recorrente se direcionou à abordagem de prevenção primária da História Natural das Doenças (HND), destacando sua insuficiência tecnológica em relação à complexidade das questões de saúde. Essa crítica se torna particularmente evidente no que diz respeito à saúde mental, onde as limitações do modelo preventivo baseado em causalidade linear foram amplamente discutidas. Iniciaremos a apresentação desse tema, com a publicação seminal, ainda no primeiro número da revista de “A História Natural das Doenças” de Sergio Arouca, um excerto da sua tese de doutorado publicado na revista em 1976, ano seguinte a defesa de sua tese.

Segundo Arouca (1976), num primeiro nível, o uso da história natural das doenças na medicina preventiva, é uma simplificação da realidade, ao tratar a história natural das doenças de maneira mecanicista. O autor aponta que, ao utilizar a história natural como modelo para a prática médica, há uma redução da complexidade dos processos saúde/doença. Isso é evidente na forma como a medicina preventiva organiza e classifica as doenças e suas causas de maneira linear e simplificada, como se todas as variáveis de um processo de adoecimento fossem atribuídas de forma direta e sem considerar os aspectos sociais e históricos que influenciam esses processos.

O mecanismo pelo qual opera o conceito de "causalidade" na epidemiologia, e conseqüentemente na medicina preventiva, é o do reduccionismo, na medida em que assume as redes de causalidade em sua monótona linearidade e na homogeneidade das categorias. (Arouca, 1976, p.17)

Arouca (1976) continua e, num segundo nível, aponta que alguns dos conceitos referidos são incorporados, porém tratados de maneira mitificada. O autor observa que, ao tratar categorias como "contexto econômico" ou "contexto social", há uma tendência a tratá-las de forma isolada e sem explicação do mecanismo de sua operação, o que considera uma "afirmação-negação". Isso leva a uma visão reducionista e desconsidera as relações complexas e dinâmicas que o social mantém com os aspectos biológicos e ambientais no processo saúde/doença. Essa abordagem resulta na ideia de um "social" sem uma base teórica sólida, sendo apenas um adjetivo, o que, por sua vez, impede uma análise mais profunda e integrada desses fatores.

Tal mecanismo de afirmação-negação do social entra no que poderíamos denominar, com Barthes (1972), mitificação do social, ou seja, o mecanismo pelo qual, ao nível do discurso, transforma-se o social em mito. Entendendo como mito um sistema de comunicação que produz uma deformação no sentido dos conceitos, alienando-os e despolitizando-os. (Arouca, 1976, p. 18)

E complementa, apontando que outros conceitos derivados destes anteriores, empregados na medicina preventiva, também, neste processo de esvaziamento de sentido, os desarticulam de suas determinações sócio-políticas e econômicas.

Assim, por exemplo, "população" e "comunidade", utilizadas como mitos, servem para neutralizar o conceito de classes, de interesses conflitos, ou seja, estão "encarregadas de despolitizar a pluralidade dos grupos de das minorias, empurrando-os para uma coleção neutra, passiva." (Arouca, 1976, p. 18)

A história natural das doenças também é criticada pela sua desconsideração da dinâmica histórica do homem em relação à natureza e à sociedade. O autor alerta para o fato de que ao tratar o "homem" como um conjunto de atributos isolados e relacionados apenas à morbidade, sem levar em conta a sua historicidade e as relações sociais que ele estabelece, o modelo de história natural desconsidera o ser humano como um sujeito ativo, produtor e transformador de sua realidade. Isso resulta numa visão desumanizada da medicina, que trata o paciente como um "objeto" das doenças, sem considerar sua subjetividade, suas condições

de vida e o contexto social em que está inserido.

Nota-se que a publicação da tese de Arouca e seu excerto pela revista serviu como força motora para uma discussão posterior relacionada ao enfraquecimento teórico da medicina preventiva. A partir de então, visualizam-se outras publicações estritamente relacionadas ao seu trabalho, tratando de diversos temas, em uma variedade de áreas da saúde, que abordaram críticas ao modelo de HND e suas implicações.

Ao abordar a aplicação do modelo de História Natural das Doenças (HND) no campo da saúde mental, em um momento de intenso debate sobre a necessidade de reduzir o isolamento das doenças psiquiátricas, surgem, influenciadas por esse modelo, novas abordagens. Essas abordagens, que não se concentram exclusivamente na hospitalização, passam a criar ambientes alternativos de atendimento e atuação profissional, com foco na prevenção. Fleury (1977) e Birman (1981), em seus trabalhos publicados na revista, analisam a formação discursiva da medicina preventiva, buscando esclarecer as identidades profissionais do psicólogo e do psiquiatra, respectivamente.

Dois fatores foram fundamentais para essa nova concepção: a crítica crescente ao modelo asilar, que, de maneira semelhante aos campos de concentração nazistas, resultava em condições desumanas, onde as pessoas morriam de frio e fome em grandes contingentes populacionais isolados da sociedade. Esse contexto gerou uma tentativa de humanização dos asilos. Além disso, a estratégia preventivista emergiu como uma alternativa, apresentando novas experiências hospitalares, com ênfase na criação de comunidades terapêuticas, como exemplificado pelas experiências inglesas, que buscavam integrar os pacientes de forma mais digna e menos segregada (Birman, 1981).

Para Fleury (1977), essa situação de emergência passa a estabelecer a necessidade uma renovação das técnicas que se tornaram “obsoletas e ineficazes” e visualiza-se no campo da psicologia a introdução de conceitos epidemiológicos amplamente adotados em diversas áreas da medicina. O modelo de História Natural das Doenças passa então a ser incorporado à psicoterapia, considerando que todas as enfermidades passam pelo processo, onde pode ser representado pelos períodos de pré-patogênese e patogênese.

A proposta decorrente da medicina preventiva é a do tratamento dos fatores patogênicos antes que seja transposto o horizonte clínico. A prevenção primária trata da promoção da saúde e da proteção específica do período de pré-patogênese. À prevenção secundária cabem o diagnóstico precoce, pronto atendimento e a limitação da invalidez no período de patogênese, enquanto que a prevenção terciária trata da reabilitação no período de convalescença. (Fleury, 1976, p. 25)

Entretanto, Birman (1981) salienta que esse modelo causal de prevenção primária não é teoricamente válido para o campo da psiquiatria porque a maioria das doenças psiquiátricas não tem causalidade orgânica, mas sim hermenêutica. Para o autor, as doenças são definidas pelas relações de sentido da qual não é possível se reduzir a um esquema causal padronizado, tendo em vista que tais relações apresentam-se de forma diferenciada entre os sujeitos. É dizer que a ocupação central do profissional psiquiatra, as doenças mais recorrentes, decorrem de experiências de vida, seu passado, presente e futuro.

Se realizou aqui uma transposição inadequada do modelo causal da história natural da doença, que pode ter alguma validade na prevenção de algumas enfermidades somáticas, sobretudo as infecciosas, mas não se aplica ao campo das enfermidades mentais. Assim, com exceção das doenças mentais que tenham alguma causalidade orgânica bem estabelecida, as quais este modelos poderia ser pensado mas mesmo assim de forma relativa, e que além disso não constituem o fundamental do campo psiquiátrico mas a sua periferia, no campo das doenças que basicamente mais preocupam a psiquiatria, isto é, as neuroses, as psicoses, as perversões e as enfermidades psicossomáticas, o modelo que delas temos atualmente não é causal, mas hermenêutico (Birman, 1981, p.65)

Nota-se, então, uma expansão dos conceitos de prevenção para outros espaços sociais que impactam a vida dos indivíduos. A abordagem, agora voltada também para a família e a comunidade, permite a identificação e o direcionamento das ações para prevenir o desvio social, entendido como um fator de risco para o adoecimento mental. Dessa forma, a estratégia cria mecanismos de normalização e controle social, o que provoca uma interferência nas relações estabelecidas entre os sujeitos (Birman, 1981).

A normalização psiquiátrica se realizaria de forma extensiva e abusiva, não existindo mais qualquer limite na sua prática. E, neste quadro, podemos dizer que o **desvio social** se transforma no objeto privilegiados da prática psiquiátrica. Assim, colocando o modelo hospitalar como secundário e investindo basicamente na intervenção comunitária, constitui-se efetivamente um minucioso **sistema de vigilância psiquiátrico** da

população urbana, que sustenta múltiplas intervenções que tendem a reduzir ao psicológico e ao virtualmente psicopatológico as múltiplas experiências sociais das populações. É nesta redução que se fundamenta uma outra estratégia psiquiátrica de controle social dos indivíduos, dos grupos sociais, das instituições e das redes de relações sociais no espaço urbano, em que o social é reduzido ao psicológico, em que as experiências coletivas são reduzidas às suas possíveis significações subjetivas. (Birman, 1981, p. 66)

Em decorrência das compreensões apresentadas, a medicina de família passou a ser vista como o ambiente preferencial de intervenção, representando uma tentativa de normalização universal da psiquiatria. Esse movimento visava moldar as micro-redes estabelecidas pelos indivíduos, justificando-se pela necessidade de neutralizar situações que poderiam desencadear doenças psicológicas. Portanto, visualizou-se uma psiquiatrização no entorno do doente mental, criando novas categorias de terapêutica às neuroses.

Essa expansão, segundo Fleury (1976) e Costa (1991), ampliou a compreensão da psicoterapia para outros grupos sociais que não estavam inclusos no modelo de asilamento. Esse fator trouxe consigo um discurso de ampliação da prevenção ao aplicar a História Natural das Doenças (HND), mas, na prática, o que se observou não foi um aumento da prevenção, e sim a criação de novas unidades de psiquiatrização. Como consequência, houve o aumento da própria clientela psiquiátrica.

Trazendo um diálogo entre Birman (1981) e Costa (1981), conclui-se que a abordagem da medicina preventiva, que inicialmente propunha a humanização e o desasilamento dos indivíduos, não conseguiu alcançar tais objetivos. Embora, num primeiro momento, tenha sido vislumbrada a reformulação dos asilos em hospitais mais humanizados, isso não se concretizou devido à ausência de fundamentação teórica e à desarticulação com os serviços, além da despolitização do próprio projeto. Como resultado, os asilos rapidamente foram reinstalados em condições ainda mais precárias (Birman, 1981). Fleury (1976) também destaca que, na expansão para a medicina familiar e no contexto mais amplo da sociedade, não houve uma melhora significativa no panorama da saúde mental. Ao contrário, observou-se o crescimento de um discurso patologizante, onde os indivíduos passaram a enxergar seus desvios sociais através da ótica higienista do tratamento moral, bem como a necessidade de intervenção terapêutica perpetuada pelos

diferentes níveis de prevenção.

Ainda no tema das críticas à história natural das doenças, encontramos, como resultado, a reflexão de Neto (1981), acerca da implementação da Integração Docente-Assistencial (IDA) como uma das estratégias da medicina preventiva para a educação médica. Segundo Neto (1981), a IDA foi um projeto que visava articular as escolas médicas e os serviços de saúde como uma proposta integradora da medicina preventiva. A ideia de medicina integral, originária dos Estados Unidos no final da década de 1940, influenciou diretamente a criação da IDA. Embora a medicina integral e preventiva só tenha sido adotada pelas Escolas Médicas da América Latina na década de 1960, esse movimento culminou na criação dos Departamentos de Medicina Preventiva e, no Brasil, no estabelecimento de duas Escolas inspiradas no conceito de "médico integral": a de Brasília e a Experimental da USP. A implementação da IDA pode ser vista, portanto, como uma continuidade desse movimento, buscando integrar a formação médica com as práticas preventivas e a articulação entre ensino e serviços de saúde. (Neto, 1981)

A proposta de IDA, disseminada por meio de Organismos Internacionais e Fundações estrangeiras, se concretiza no Brasil por meio de um programa interministerial (MEC/MS), o PPREPS (Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde). Esse programa tem como objetivo implementar 10 áreas Docente-Assistenciais, com foco no Nordeste, além de apoiar projetos isolados que surgem devido a diversas circunstâncias ou por meio de financiamento externo. (Neto, 1981)

Embora, num primeiro momento, mais dirigido à reformulação de programas acadêmicos (nível superior), a ideia da IDA propõe-se a atingir outros níveis de formação profissional, na medida em que a estrutura educacional deverá articular-se com uma de prestação de serviços, que inclui os vários níveis de atenção e os distintos grupos técnicos profissionais. (Neto, 1981)

Segundo Neto (1981), apesar dos esforços significativos empreendidos por equipes técnicas altamente qualificadas, tanto em níveis centralizados quanto descentralizados, os projetos vinculados à IDA têm enfrentado obstáculos profundos e aparentemente insuperáveis. Esses desafios, que vão além das dificuldades logísticas, revelam-se como um reflexo da inconsistência estrutural e da falta de articulação entre as diretrizes ideais e sua execução prática no Brasil. O autor

destaca que, mesmo com as tentativas de estabelecer acordos informais em campos de prática, não se pode afirmar que, de fato, exista um programa da IDA em Saúde que se alinhe plenamente aos princípios enunciados nos documentos fundamentais, como os do PPREPS e da OPS (Organização Pan-Americana de Saúde).

Esse cenário, portanto, revela o fracasso retumbante da IDA, expondo a disparidade entre o discurso reformista idealista e a realidade da implementação. A proposta, que se apresentou como uma possível solução inovadora para os problemas da saúde pública, não conseguiu ultrapassar os limites das promessas não cumpridas, perpetuando as deficiências do sistema de saúde brasileiro

Neto (1981), ao analisar o insucesso da IDA e retomar a discussão de Arouca (1975), explica esse fracasso em duas dimensões. A primeira está relacionada à viabilidade técnica, apontando a ausência de instrumentos legais que garantissem, de maneira consistente, a regionalização e as articulações inter e intra-setoriais. Em um segundo ponto, o autor critica a medicina preventiva, que ao assumir o modelo cartesiano de HND conforma-se como uma prática de caráter puramente ideológico, reformista e idealista, distante das realidades concretas. Nesse contexto, a medicina preventiva é vista como uma fonte de problemas inesperados e difíceis de controlar, que podem agravar ainda mais as falhas do sistema de saúde, em vez de resolvê-las.

Aqui, podemos retomar a categoria trabalhada por Arouca em relação à Medicina Preventiva para denunciar o caráter altamente ideológico da proposta da IDA, na medida em que serve a um discurso reformista, idealista, voluntarista, que não corresponde à explicação real dos fatos e a uma prática consequente, mas sim distorcida e que pode servir de "Caixa de Pandora" a todos os males do sistema de saúde brasileiro e, quiçá, da própria saúde do povo brasileiro. (Neto, 1981)

Com base na análise dos artigos e das contribuições dos autores, fica evidente que o modelo de História Natural das Doenças (HND), embora tenha sido uma proposta inovadora no contexto da medicina preventiva, apresentou diversas limitações teóricas e práticas, especialmente quando aplicado ao campo da saúde mental. A crítica central a esse modelo reside no seu reducionismo, que simplifica excessivamente as complexas relações entre os fatores biológicos, sociais e históricos que influenciam os processos de saúde e doença. A tentativa de aplicar

um modelo causal linear, que pode ser eficaz em algumas doenças somáticas, mostrou-se inadequada para lidar com as especificidades das enfermidades mentais, que são essencialmente hermenêuticas e não-orgânicas.

Ao tentar expandir os conceitos de prevenção e integrar a saúde mental à abordagem preventiva, observou-se uma contradição entre a teoria e a prática. Em vez de uma humanização real, o que se instaurou foi uma psiquiatrização dos desvios sociais, sem a devida articulação com as necessidades concretas da população. O movimento de desinstitucionalização dos asilos, embora inspirado por boas intenções, não conseguiu superar os obstáculos estruturais e se traduziu em novas formas de controle social e patologização. As experiências com a Medicina de Família e a Integração Docente-Assistencial, embora com potencial para uma maior aproximação entre educação e serviços de saúde, também esbarraram em dificuldades práticas e na falta de uma fundamentação teórica sólida que garantisse a eficácia das propostas.

Dessa forma, ao refletir sobre as falhas do modelo de HND e suas implicações na medicina preventiva, denota-se que a prática da saúde deve transcender modelos teóricos simplificados e incorporar uma visão mais complexa e integrada, que considere as múltiplas dimensões do ser humano. As críticas apresentadas ao longo desta seção sugerem que a medicina preventiva, para ser efetiva, deve ser acompanhada de uma análise crítica das suas limitações e da necessidade de uma abordagem que reconheça as especificidades culturais, sociais e históricas de cada contexto.

4.2 A MEDICINA PREVENTIVA ENQUANTO UMA PROPOSTA RACIONALIZADORA

Segundo Escorel (1999), as propostas de racionalização incorporaram o discurso disseminado pela OPAS, que enfatizava a medicina comunitária, a ampliação da cobertura de serviços, a integração docente-assistencial e a racionalização com base na análise custo-benefício. Tais diretrizes foram refletidas nas faculdades, especialmente nos Departamentos de Medicina Preventiva (DMPs), que, embora se distanciassem dos modelos tradicionais da saúde pública,

mantiveram o referencial positivista na abordagem dos problemas de saúde. No campo da formação de recursos humanos, destacava-se a oferta de cursos de curta duração na FSP/USP, voltados para a capacitação de sanitaristas, os quais buscavam integrar aspectos técnicos e acadêmicos à realidade das políticas de saúde pública, sem, contudo, romper totalmente com as premissas positivistas que marcavam a visão desses profissionais sobre as questões sanitárias. (Escorel, 1999)

Segundo Paim (1981), foram observados três modelos simultâneos de medicina preventiva: o modelo mínimo legal, que aplicava apenas os conceitos legais exigidos pelo MEC, sem base científica ou experiências comunitárias; o modelo liberal, que integrava os departamentos clínicos, mas sem estabelecer uma conexão efetiva com os serviços de saúde; e o modelo racionalizador, que propunha enfocar suas estratégias nos estudos de custo-benefício e nas abordagens de programação e avaliação, e no qual se percebeu uma maior articulação. Foi a partir dessas ideias que se desenvolveu a medicina comunitária e a implementação das IDA.

Cecília Donnangelo (1976), em sua obra *Saúde e Sociedade*, aborda de forma detalhada a Medicina Comunitária, definindo-a, assim como a Medicina Preventiva, como um "movimento de reforma médica". Esses movimentos podem ser compreendidos como projetos de racionalização, que buscam alterar parcialmente a prática médica sem afetar suas tendências e determinantes fundamentais. O objetivo é atender às necessidades de manutenção da estrutura social existente, ao mesmo tempo em que tentam lidar com o crescente aumento da demanda por serviços, frente aos recursos limitados destinados ao setor.

O discurso preventivista foi incorporado, mas com mudanças importantes em seu modelo. Se, nos Estados Unidos, o movimento representou uma leitura civil dos problemas de atenção médica, no Brasil, era necessária uma leitura estatal devido ao papel desempenhado pelo Estado brasileiro na prestação dessa assistência. O modelo liberal não atendia, tampouco, à necessidade crescente do Estado de prestar mais assistência a custo menor. (Escorel, 1999, p. 21)

Segundo Neto (1981), algumas características marca a vontade política para a implementação de um modelo racionalizador:

Surgida no mundo capitalista, num período de grande estrangulamento das

políticas sociais, com uma pressão social cada vez maior, em uma situação de deterioramento gradual do nível de vida e de saúde da população, com insuficiência do quadro institucional para uma resposta correspondente, apresenta-se como uma proposta racionalizadora, visando a um tempo um planejamento mais adequado e racional dos recursos humanos para operar o setor saúde e a potencialidade de se imprimir ao mesmo um maior dinamismo, eficiência e projeção. (Neto, 1981, p. 45-46)

Os programas de medicina comunitária eram bem recebidos pelos governos latino-americanos por serem alternativas de baixo custo para atender à crescente demanda por cuidados de saúde. Até o começo da década de 70, muitos desses programas estavam ligados aos DMPs e serviam como campo de estágio para a formação de internos e residentes. Durante o processo de racionalização, alguns desses programas passaram a contribuir de maneira significativa para a expansão da cobertura de saúde, além de desenvolverem pesquisas sobre modelos alternativos de atenção médica.

Segundo Neto (1981), a IDA pode ainda pode ser uma estratégia a se recorrer, desde que assumam uma postura não meramente racionalizadora, mas transformadora da realidade social. Elucida um dos elementos da IDA que é pouco valorizado ou tem o aspecto de “politização” da proposta, o que à época não se fazia interessante.

Fleury (1976) destaca que o avanço da medicina comunitária na psicologia se deu, principalmente, após as experiências militares vividas no fronte de guerra, presenciadas na Inglaterra e nos Estados Unidos. Buscando atender a alta demanda de adoecimento dos soldados, com o objetivo de que pudessem retornar às suas funções nas batalhas, os médicos ingleses Bion e Rickman necessitaram encontrar novas alternativas para o tratamento das doenças mentais, uma vez que o número de doentes superava em alto grau o número de profissionais, tornando inviável a abordagem de terapia individual

Birman (1981) argumenta também sobre a proposição de desospitalização da psiquiatria em decorrência da necessidade estatal de redução de custos com internações, mas ressalta que no caso brasileiro, diferente do exterior, não se visualizou o fim dos asilos, mas criou um sistema concomitante de psiquiatrização entre asilados e familiares.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho buscou construir um panorama da crítica à medicina preventiva veiculada na “Revista Saúde em Debate” entre os anos de 1976 e 1988, com o objetivo de entender como essa crítica contribuiu para a transformação do modelo de saúde no Brasil. Para alcançar esse objetivo, foram empregadas técnicas de leitura seletiva e análise dos artigos publicados na revista, com foco nas discussões sobre as limitações do modelo preventivista e seus impactos nas políticas de saúde pública da época. O trabalho foi estruturado em cinco capítulos, conforme detalhado a seguir, abordando a fundamentação teórica, a metodologia para leitura e análise, a exposição e discussão dos resultados.

O capítulo 2 descreve os métodos e técnicas adotados para a seleção, leitura e análise dos artigos publicados na revista. Foi utilizado o método de leitura seletiva, que permitiu identificar os argumentos essenciais para a aproximação e compreensão do tema. A estratégia de fichamento foi fundamental para organizar, visualizar e compreender a relevância dos materiais selecionados para análise. Por fim, foram seguidas orientações teóricas voltadas à pesquisa qualitativa para aplicar as técnicas necessárias ao tratamento, à inferência e à interpretação dos dados.

O capítulo 3 buscou aprofundar a compreensão teórica sobre a medicina preventiva, analisando as contribuições de diversos autores, com especial ênfase em Sérgio Arouca. A partir de uma análise crítica das concepções e práticas preventivas, discute-se como essas abordagens, embora inicialmente inovadoras, são atravessadas por tensões ideológicas e sociais. É possível então compreender o preventivismo como uma ideologia liberal, que, ao ser implementada de forma restrita e elitista, esbarra nas limitações impostas pelas desigualdades sociais e pela falta de apoio das políticas públicas. Além disso, são considerados os debates de outros pensadores, como Paim (1981), Donnangelo (1976) e Escorel (1999), que ampliam a discussão sobre os aspectos sociais, econômicos e pedagógicos envolvidos na medicina preventiva, bem como suas implicações para a saúde pública e para a formação dos profissionais da área. A análise teórica abordada neste capítulo visa contextualizar o movimento preventivista, suas origens, suas limitações e os desdobramentos que moldaram a prática médica no Brasil.

Ao final do terceiro capítulo, buscou-se trazer compreensão, baseada em

referenciais teóricos sobre o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES) e a Revista Saúde em Debate (RSD), destacando o papel fundamental dessas instituições na luta pela Reforma Sanitária e na transformação do sistema de saúde no Brasil. A partir das contribuições de Paula (2020), Merhy (1977), Menicucci (2014), e Ponte e Falleiros (2010), foi possível entender como esses espaços se tornaram vitais para a resistência às políticas autoritárias e à privatização da saúde. O CEBES, por meio de suas ações e parcerias, e a RSD, com sua função de denúncia e conscientização, representaram importantes instrumentos para evidenciar as falhas do modelo de saúde vigente, além de questionar as desigualdades estruturais que marginalizavam amplas parcelas da população (Escorel, 1999). As análises teóricas de Escorel (1999) também foram cruciais para ilustrar como essas iniciativas contribuíram para a configuração do Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo a saúde como um direito fundamental para todos. Assim, o estudo teórico desenvolvido ao longo deste capítulo revelou a relevância dessas organizações na formulação de um novo paradigma de saúde pública, com foco na equidade, na universalidade e na participação popular, valores que seriam consagrados na Constituição de 1988.

No capítulo 4 foram apresentados os resultados obtidos na revista, buscando articulá-los com as teorias utilizadas nesta pesquisa para a compreensão da medicina preventiva e os desdobramentos de sua implementação. Destacam-se aqui, à época, autores como Arouca (1976), Teixeira (1977), Birman (1981), Neto (1981), Paim (1981) e Costa (1981) que evidenciaram fatores como as limitações da História Natural das Doenças quando aplicada como uma teoria universal para abordagem de todos os problemas de saúde, se oferecendo como uma solução para a saúde pública ainda que não dispusesse de elementos suficientes para a captação de fatores que ultrapassam os limites de uma aceção orgânica.

Destaco a contribuição do campo da saúde mental, a partir dos quais se pode perceber o fracasso nas abordagens de medicina comunitária e de família, numa tentativa de redução dos asilamentos, que não passou de uma estratégia puramente discursiva e ideológica, visualizada, sobretudo, a partir do retrocesso dos recém inaugurados hospitais humanizados aos asilos ainda mais precários. Para além de um insucesso da abordagem, a implementação da medicina familiar e a medicina de comunidade executou um processo de tratamento moral do desvio

social que culminou numa estratégia de controle social que, por seu caráter liberal e despolitizado, esteve majoritariamente sob o porte do setor privado.

Este trabalho evidenciou também as problemáticas relacionadas a um modelo de saúde baseado fundamentalmente na racionalização. O modelo de medicina comunitária surge, sobretudo, para atender a demanda estatal de redução de custos com o setor saúde. As ações passam então a se dedicar aos estudos de custo-benefício, tornando periférico ou inexistente, o que deveria ser o real objetivo da saúde pública: o bem-estar geral da população. A racionalização se demonstrou como um instrumento tampão em resposta à crise, tanto econômica, quanto sanitária, que gerava pressões nas diversas esferas sociais. Através da análise da implementação da Integração Docente-Assistencial, também pode-se evidenciar a fragilidade do projeto racionalizador que não foi capaz de adquirir consenso entre estudantes e professores da área médica se tornando, rapidamente, obsoleto.

Destaca-se também a estreita articulação dos artigos estudados com as bases teóricas que utilizamos nesta pesquisa que as tiveram como um referencial direto, sobretudo, com o Dilema Preventivista, de Sérgio Arouca que, pôde ser encarado, como trabalho seminal e que possibilitou a outros autores uma explicitação clara e precisa sobre a crítica à medicina preventiva que vinha sendo percebida há pelo menos uma década antes de sua publicação. A Reviravolta na Saúde de Sarah Escorel também teve grande relevância entre as publicações analisadas. Escorel foi responsável por apresentar uma organização teórica e cronológica da história da saúde no Brasil, no que diz respeito à transição que antecedeu a Reforma Sanitária Brasileira e que, com precisão, alinhou a tese de Arouca à parte que lhe cabia nessa história.

Constatou-se também, em consonância com o trabalho de Fleury (2007), que o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES) e sua Revista Saúde em Debate (RSD) constituíram, num momento de intensa repressão e censura do regime militar, um espaço democrático de resistência à hegemonia estatal e seu papel crucial na organização da qual a área da saúde necessitava.

Por fim, conclui-se que este trabalho conseguiu atingir o seu objetivo de detalhar uma parte importante da crítica à medicina preventiva, que foi essencial na articulação de uma transformação significativa no modelo de saúde no Brasil, durante o contexto sócio-político que precedeu o que muitos autores consideram

como a redemocratização da saúde.

REFERÊNCIAS

AROUCA, A. S. da S. **A história natural das doenças**. Saúde em debate, v. 1, p. 15-19, 1976.

AROUCA, Antônio Sérgio da Silva. **O Dilema Preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva**. 1975. 197 f. Tese (Doutorado) - Curso de Medicina, Departamento de Medicina Preventiva e Social, Unicamp, Campinas, 1975.

AROUCA, Sergio. **O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva**. 1975. São Paulo: Editora UNESP, 1975.

BARATA, Rita Barradas. **O campo científico da saúde coletiva**. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 46, n. 133, p. 473-486, jun. 2022.

BELLOCH, A.; OLABARRÍA, A. **The bio-psycho-social model: A necessary frame of reference for the clinical psychologist**. Clin. Salud, v. 4, p. 181-190, 1993.

Burr, V. **An introduction to Social Constructionism**. London: Routledge, 1995.

CÂMARA, Rosana Hoffman. **Análise de conteúdo: da teoria à prática em pesquisas sociais aplicadas às organizações**. Interinstitucional de Psicologia, Belo Horizonte, v. 2, n. 6, p. 179-191, dez. 2013.

CARNUT, Leonardo; MENDES, Áquilas; MARQUES, Maria Cristina da Costa. **Outra narrativa no ensino da Reforma Sanitária Brasileira: o debate crítico de uma escolha política**. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 43, n. 8, p. 133-145, dez. 2019.

CEBES. 2014 . **Homenagem ao Eleuterio Rodriguez Neto**. Disponível em: <https://cebes.org.br/homenagem-ao-eleuterio-rodriguez-neto/6483/>. Acesso em: 11 fev. 2025.

COSTA, Rodrigo Prado da; MISOCZKY, Maria Ceci; ABDALA, Paulo Ricardo Zilio. **Do dilema preventivista ao dilema promocionista: retomando a contribuição de Sérgio Arouca**. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 42, n. 119, p. 990-1001, dez. 2018.

DE PAULA, Éder Mendes. **Saúde e Doença: A Resistência Médica durante a Ditadura Militar na Revista Saúde em Debate (1977)**. Revista História: Debates e Tendências, v. 20, n. 1, p. 170-183,

2020.

DE SOUSA, José Raul; DOS SANTOS, Simone Cabral Marinho. **Análise de conteúdo em pesquisa qualitativa: modo de pensar e de fazer.** Pesquisa e debate em Educação, v. 10, n. 2, p. 1396-1416, 2020.

Daniela Carvalho Sophia. **A revista Saúde em Debate como fonte e objeto de estudo,** nov. 2013, p. 1403-1412.

DONNANGELO, M. Cecília F. Pereira L. **Saúde e sociedade,** v. 1, 1976.

EGRY, Emiko Yoshiwaka; FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa da. **Dimensão Pedagógica da Integração Docente Assistencial como Estratégia de Intervenção no Saber/Fazer em Saúde Coletiva.** Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 94, n. 42, p. 16-22, mar. 1994.

SCOREL, S. **As bases universitárias. In: Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999, pp. 18-30.

SCOREL, S. **Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999. 208 p.

SCOREL, Sarah. **História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária.** In: Políticas e sistemas de saúde no Brasil. 2008. p. 385-434.

ESPPE. 2025. **Sônia Fleury.** Disponível em:

<https://esppe.saude.pe.gov.br/course/view.php?id=689§ion=5>. Acesso em: 11 fev. 2025.

FELIPE, José Saraiva. **MPAS: o vilão da reforma sanitária?.** Cadernos de Saúde Pública, v. 3, p. 483-504, 1987.

FIOCRUZ.2025. **Sérgio Arouca.** Portal Fiocruz. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/sergio-arouca>. Acesso em: 11 fev. 2025.

FLEURY, Sonia; BAHIA Ligia, AMARANTE, Paulo. **Saúde em Debate: fundamentos da Reforma Sanitária.** CEBES: Rio de Janeiro, 2007.

FLEURY, Sonia. **Reforma Sanitária: múltiplas leituras, diálogos e controvérsias**. Fleury S, organizadores. Teoria da Reforma Sanitária: diálogos críticos. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 15-30, 2018.

FRANCELIN, Marivalde Moacir. **Fichamento como método de documentação e estudo**. Tópicos para o ensino de biblioteconomia, v. 1, p. 190, 2016.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo, SP: Atlas, 2008.

HARVEY, David. **O NEOLIBERALISMO história e implicações**. São Paulo: Loyola, 2005. 124 p.

HOFSTATTER, Lakshmi Juliane Vallim; OLIVEIRA, Haydée Torres de; SOUTO, Francisco José Bezerra. **Uma contribuição da educação ambiental crítica para (des) construção do olhar sobre a seca no semiárido baiano**. Ciência & Educação (Bauru), v. 22, n. 3, p. 615-633, 2016.

LIMA, Nísia Trindade. **Pandemia e interdisciplinaridade: desafios para a saúde coletiva**. Saúde Debate, Rio de Janeiro, v. 46, n. 6, p. 9-24, dez. 2022.

MEDEIROS, J.B. **Redação científica: a prática de fichamentos, resumos, resenhas**. 10. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Los conceptos estructurantes de la investigación cualitativa**. Salud colectiva, v. 6, p. 251-261, 2010.

MOTA, André; SCHRAIBER, Lilia Blima; AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. **Desenvolvimentismo e preventivismo nas raízes da saúde coletiva: reformas do ensino e criação de escolas médicas e departamentos de medicina preventiva no estado de São Paulo (1948-1967)**. Interface-Comunicação, Saúde, Educação, v. 22, n. 65, p. 337-348, 2018.

PAIM, Jairnilson Silva. **Medicina Preventiva e Social no Brasil: Modelos, Crises e Perspectivas**. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, n. 11, p. 57-59, ago. 1981.

PAIM, Jairnilson Silva. **Medicina preventiva e social no Brasil**. In: Saúde, crises e reformas. 1986. p. 29-41.

PARKER, Ian. **Discourse dynamics: Critical analysis for social and psychological analysis**. 1992.

RODRIGUEZ NETO, E. **Integração docente-assistencial em Saúde**. 1979. Tese de Doutorado. Dissertação (Mestrado)-Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo.

UFBA. 2021. **Jairnilson Paim receberá título de professor emérito da UFBA**. UFBA em Pauta. Disponível em:

https://ufba.br/ufba_em_pauta/jairnilson-paim-recebera-titulo-de-professor-emérito-da-ufba. Acesso em: 11 fev. 2025.

UFRJ. 2025. **Birman, Joel**. Busca Integrada UFRJ. Disponível em:

https://buscaintegrada.ufrj.br/Author/Home?author=%22Birman%2C+Joel%2C%22&type=Author&filter%5B%5D=%7Eauthor_facet%3A%22Instituto+de+Psicologia%22. Acesso em: 11 fev. 2025

WIKIFAVELAS. 2024. **Sonia Fleury (Memória Viva)**. Disponível em:

[https://wikifavelas.com.br/index.php/Sonia_Fleury_\(Mem%C3%B3ria_Viva\)#Minibiografia](https://wikifavelas.com.br/index.php/Sonia_Fleury_(Mem%C3%B3ria_Viva)#Minibiografia). Acesso em: 11 fev. 2025.