
ARTIGO DE REVISÃO

As concepções de saúde e suas ações consequentes

Marcos Aurélio Maeyama¹, Luiz Roberto Agea Cutolo²

Resumo

O artigo faz um resgate histórico das principais categorias de entendimento do processo saúde-doença, a partir da chamada Medicina Moderna, relacionando-as com as ações de saúde, utilizando como referencial de análise as categorias Estilo de Pensamento e Coletivo de Pensamento, de Ludwik Fleck, demonstrando a importância de sua discussão teórica e construção prática, no contexto da Reforma Sanitária Brasileira.

Descritores: 1. *Processo Saúde-doença;*
2. *Sistema Único de Saúde;*
3. *Reforma dos Serviços de Saúde;*
4. *Assistência Integral a Saúde.*

Abstract

This article makes a historical survey of the main categories of the conception of health-disease process, derived from so-called Modern Medicine, relating them to health care, making use of Thought Style and Thought Collective categories by Ludwik Fleck, as analysis reference, demonstrating the importance of theoretical discussion and practices construction in the context of the Brazilian Sanitary Reform.

Keywords: 1. *Health-Disease Process;*
2. *Single Health System;*
3. *Health Care Reform;*
4. *Comprehensive Health Care.*

1 - Mestre em Saúde e Gestão do Trabalho. Professor do Curso de Medicina da UNIVALI na Disciplina de Medicina de Família e Comunidade

2 - Doutor em Educação. Professor do Programa de Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho da UNIVALI

Introdução

O objetivo central das propostas de qualquer reforma sanitária, sem dúvida nenhuma é o trabalho final em saúde, ou seja, transformar as ações de saúde ofertadas a uma determinada população.

Portanto, entender a partir de quais pressupostos e como se constroem as ações de saúde, torna-se fundamental para os processos de mudança das práticas de saúde, para tanto utilizaremos as categorias *Estilo de Pensamento* e *Coletivo de Pensamento*, desenvolvidas por Ludwik Fleck¹, como referencial de análise.

Entendendo as categorias - estilo de pensamento e coletivo de pensamento

Em um artigo (Zur Krise der “Wirklichkeit” - Sobre a Crise da Realidade) de 1929, Fleck introduz as categorias *Coletivo de Pensamento* e *Estilo de Pensamento*, aprofundadas em sua monografia de 1935.

O primeiro designa a unidade social da comunidade de cientistas de um campo determinado; o segundo, as pressuposições de acordo com um estilo sobre o que o coletivo constrói seu edifício teórico^{2,23}.

Na categoria epistemológica de Fleck, a relação cognoscitiva não se restringe apenas a relação cognoscente e objeto a conhecer; o processo de conhecimento se constitui também, condicionado por fatores sociais, históricos e culturais, desta forma, os fatos científicos, interdependem-se historicamente¹. As experiências do presente estão ligadas às do passado e estas, ligar-se-ão às do futuro; são as chamadas *protoidéias* ou *pré-idéias*, esboços históricos evolutivos das teorias atuais, que apesar das variações dos *Estilos de Pensamento*, mantém algumas concepções surgidas no passado¹. Porém, é preciso lembrar que nem todo *fato científico* atual é proveniente de uma *protoidéia* e nem toda *protoidéia* será materializada em *fato científico*¹.

O *Estilo de Pensamento* tem como raiz uma disposição para ver, observar ou perceber de forma dirigida. A construção do *fato científico* está intrinsecamente relacionada com esta forma de ver^{1:3:2}.

Desta forma, as “verdades” e os *fatos científicos*

devem ser contextualizados e compreendidos como transitórios⁴. A relativização dos fatos torna as relações entre os diferentes *Estilos de Pensamento*, *incomensuráveis ou incongruentes*, porém, quando as diferenças entre os *Estilos de Pensamento* não apresentam limites precisos de distanciamentos ou proximidades, eles são chamados de *matizes de Estilo de Pensamento*¹.

A instauração de um novo *Estilo de Pensamento* geralmente implica numa perda da capacidade de observar certos aspectos, muitas vezes relevantes, do estilo anterior⁵. Portanto, as *complicações* (surgimento de novos fatos, que o *Estilo de Pensamento* já não consegue explicar ou encaixar em sua teoria) de determinado *Estilo de Pensamento* podem tornar-se ferramentas preciosas, para que se processe a *mudança de Estilo de Pensamento*¹.

Pode-se de certa forma, compreender *Estilo de Pensamento* como:

1. modo de ver, entender e conceber; 2. processual, dinâmico, sujeito a mecanismos de regulação; 3. determinado psico/sócio/histórico/culturalmente; 4. que leva a um corpo de conhecimentos e práticas; 5. compartilhado por um coletivo com formação específica^{6:56}.

Em um trabalho mais recente, Cutolo (2005) desdobra o 5º elemento constitutivo do *Estilo de Pensamento*, fracionando em “compartilhado por um coletivo” e “com formação específica” (que passa a ser considerado o 6º elemento)⁷.

Concepção saúde-doença - as grandes representações

Os séculos XVII e XVIII foram palco de muitas transformações políticas e econômicas na Europa, marcadas principalmente pela disputa entre a burguesia e a nobreza. Com o crescimento do comércio, houve um aumento da população urbana, porém isto aconteceu de maneira desordenada e sem a mínima infra-estrutura sanitária, o que gerou uma série de epidemias. O adoecer era entendido como uma consequência de condições multifatoriais, como por exemplo, o acúmulo de cadáveres na cidade, a qualidade da água e do ar, o destino dos dejetos, a higiene⁸. Este condicionamento da doença ficou conhecido como “Teoria Miasmática”, na qual as más

condições sanitárias geravam um estado atmosférico, causador de doenças infecciosas e epidemias⁹.

Aparece aqui a noção de “*meio*”, segundo Foucault, as más condições dos locais onde viviam as pessoas eram causadoras das doenças (modo de ver) e a atuação médica era baseada sobre as condições ambientais em que viviam as pessoas⁸ (*corpo de práticas*). Um exemplo marcante dessa atuação foi o da Polícia Médica, surgida na Alemanha entre o final do século XVIII e o início do século XIX, que utilizando dados epidemiológicos, executava políticas com objetivo de controlar e prevenir doenças, interferindo nas condições multifatoriais do adoecer^{8;10} (*corpo de práticas*). Na França, a preocupação era eminentemente na área urbana, onde as grandes concentrações trouxeram conseqüências para a saúde das pessoas, e foram tomadas medidas como deslocamento dos cemitérios para fora da cidade, mudança na arquitetura das cidades e das casas com melhor circulação de ar, distribuição de água potável, tratamento de dejetos humanos⁶ (*corpo de práticas*).

O caráter de intervenção desta época era fortemente higienista/preventivista, atuando em medidas locais, sobre os fatores determinantes⁶, que de certa forma, pode ser considerado como uma *protoidéia*, para o que hoje chamamos de proteção da saúde.

Visão Social

No final do século XVIII, em meio à industrialização, o contexto era de crescente urbanização, e em função da escassa oferta, as moradias eram oferecidas sem as mínimas condições sanitárias¹⁰, e as condições de trabalho eram muito ruins, com jornadas excessivas de até dezesseis horas, em ambientes insalubres e perigosos¹¹. A explicação do processo saúde-doença estava relacionada com as condições de trabalho e de vida das populações⁹. A doença e a saúde são expressões das relações mutáveis entre vários componentes do corpo, e sua interação com o ambiente externo, sendo mediada e modificada pela atividade social e pelo ambiente cultural que tal atividade cria¹².

Considerado por muitos como o pai da Medicina Social, Virchow, em 1847, investigando uma epidemia muito severa de tifo numa região rural da Prússia, conclui em seu relatório, que as origens de má saúde estavam relacionadas com problemas sociais (modo de ver) e apontava soluções como aumento de oferta de empregos, melhores salários, criação de cooperativas agrícolas

(*corpo de práticas*) e não mencionava soluções estritamente médicas como, por exemplo, criação de clínicas e hospitais¹³. As soluções propostas por Virchow podem ser consideradas como *protoidéias* do conceito atual de promoção da saúde.

Com a repressão aos movimentos de transformação e o desenvolvimento da bacteriologia, a idéia de conectar o processo saúde-doença à forma com que se organiza a sociedade, determinada em última análise pela estrutura econômica, fica adormecida por quase cem anos¹⁴.

A medicina social na América Latina é resgatada a partir da década de 70 do século XX, como um posicionamento científico e político, estudando as relações entre saúde e sociedade, caracterizando processos econômicos e políticos, como a origem de perfis epidemiológicos complexos, próprios a situações de intensa desigualdade¹⁵.

O conceito atual de Medicina Social não está restrito ao seu aspecto genético (relação pobreza/doença), mas que o processo saúde-doença é mediado e determinado socialmente, com aspectos culturais, antropológicos, históricos, políticos e econômicos⁶.

Visão Biológica

No final do século XIX, quando Pasteur desenvolve a “teoria do germe” como causa biológica das enfermidades infecciosas (modo de ver) as teorias anteriores, que explicam o processo saúde-doença são refutadas, e a unicausalidade biológica torna-se a explicação para o aparecimento de doenças^{13;16}. Portanto os laboratórios e os microscópios tornaram-se fortes armas médicas¹⁷. Nesta mesma época, outras áreas como a genética, a parasitologia, os raios-X, também se desenvolvem, fortalecendo ainda mais este *modo de ver e entender* doenças, e a partir destes pressupostos, ocorre o desenvolvimento da infectologia, vacinação, assepsia e cirurgia¹⁷. A inovação da prática médica, levada por Pasteur, inaugura a fundação da chamada Medicina Científica¹⁸.

Com a Medicina Científica (*modo de ver*) desenvolve-se o “Complexo Médico-Industrial”, ocorrendo um “endeusamento” da tecnologia médica diagnóstica e terapêutica, dando um poder aos procedimentos, instrumentos, técnicas e pílulas (corpo de práticas) maior do que eles podem ter⁶.

Behring, em 1893, chega a afirmar que graças a descoberta das bactérias, a medicina não precisaria mais perder tempo com questões sociais, sintetizando a ruptura com o movimento de medicina social¹².

A visão de que as doenças eram causadas simplesmente pela presença de bactérias, reduz a intervenções simplesmente curativistas, ou seja, de recuperação da saúde.

Visão Integral

As propostas da Reforma Sanitária/SUS baseiam-se em uma nova visão do processo saúde-doença, na qual seu entendimento passa a incorporar elementos das concepções biologicista, social e higienista/preventivista (modo de ver), portanto, integradora como descreve Cutolo (2001) em sua tese de Doutorado⁶.

Esta forma integral de ver o processo saúde doença deve entender o ser humano sadio ou doente, em seus contextos histórico, social e psíquico, e que está sujeito a condicionamentos multicausais que podem levá-lo ao adoecimento⁶ (*modo de ver*), portanto as ações devem contemplar a promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde (corpo de práticas).

Neste rápido resgate histórico, pode-se observar que a forma de ver o processo saúde-doença, determina as ações e soluções propostas para resolução dos problemas de saúde, ou seja, o *modo de ver, entender e conceber* o processo saúde-doença *leva a um corpo de conhecimentos e de práticas*, próprias de um determinado *Estilo de Pensamento*.

Importante salientar que a visão integral não é a soma das outras três, ou melhor, não se trata de uma cooperação de *Estilos de Pensamento*, mas sim de um novo *Estilo de Pensamento*. As teorias de determinação social, multicausalidade e da própria causação biológica, podem ser chamadas aqui de *protoidéias* deste novo *Estilo de Pensamento*.

Algumas ações consequentes

Partindo de nosso pressuposto, também podemos relacionar as ações de saúde, utilizando os referenciais atuais, demonstrando sua filiação quanto ao entendimento do processo saúde-doença, uma vez que Fleck, já descrevia que a filiação a um determinado *Estilo de Pensamento* mostra-se mais claramente nas questões práticas¹, ou seja, as ações consequentes evidenciam mais fortemente a filiação à um *Estilo de Pensamento*.

Promoção da Saúde e Prevenção

O primeiro desafio é conceituar corretamente o que

é promoção da saúde e prevenção, que em muitos ambientes (acadêmicos e no próprio serviço) são tomados como sinônimos. Talvez um dos motivos que leve a esta falta de clareza dos conceitos de promoção da saúde e prevenção, venha em decorrência da antiga classificação feita por Leavell e Clark em 1965, que ao desenvolverem um esquema de medidas preventivas baseado na história natural da doença, a promoção da saúde e a proteção específica, foram agrupadas no 1º nível de atuação, chamado *de prevenção primária*. Além deste nível, a classificação continha a prevenção secundária (diagnóstico e tratamento precoce; limitação da invalidez) e a prevenção terciária (reabilitação)¹⁹. A promoção da saúde nesta classificação era representada pela educação sanitária, bom padrão nutricional de acordo com o desenvolvimento da vida, atenção ao desenvolvimento da personalidade, moradia adequada, recreação, condições agradáveis no trabalho, aconselhamento matrimonial e educação sexual, exames seletivos periódicos¹⁹. Porém, se analisarmos as ações propostas, elas tem um enfoque preventivista com vistas a evitar algum problema futuro e não de elevar o nível de saúde e a condições de vida dos indivíduos, com exceção da moradia adequada e recreação.

O conceito moderno de promoção da saúde vem da Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em 1986 na cidade de Ottawa, na qual foi elaborada a Carta de Ottawa (1986), o relatório descreve:

Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo^{20:1}.

A Promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global^{20:1}.

Promoção e Prevenção – algumas diferenças conceituais

As ações preventivas orientam-se para evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência, através do conhecimento epidemiológico. Estruturam-se através de projetos de educação sanitária, com divulgação de informação científica e recomendações normativas de mudanças de hábitos²¹. Já a promoção da saúde refere-se a medidas

visando aumentar a saúde e o bem-estar geral, não se dirigindo especificamente a uma doença ou desordem, utilizando estratégias para a transformação das condições de vida e de trabalho que influenciam nos problemas de saúde, demandando uma abordagem intersetorial²¹. Esta última definição, demonstra a ligação existente entre a promoção da saúde e o entendimento de determinação social do processo saúde-doença.

A promoção da saúde busca modificar positivamente as condições de vida; aponta para a transformação do processo individual de tomada de decisão em busca de uma melhor qualidade de vida e saúde; orienta para o fortalecimento comunitário com decisões coletivas visando o favorecimento das condições de bem-estar e saúde²². Já a prevenção, orienta-se para as ações de detecção, controle e enfraquecimento dos fatores de risco de uma determinada enfermidade²², portanto, as ações de prevenção têm sua explicação a partir do conceito de multicausalidade do processo-saúde-doença.

Recuperação da Saúde e Reabilitação da Saúde

As diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (2004) descrevem a recuperação da saúde como um grupo de ações que envolvem o diagnóstico e o tratamento de doenças. Apontam ainda que o diagnóstico e o tratamento devem ser realizados o mais precocemente quanto for possível, evitando a progressão da doença e impedindo o surgimento de eventuais incapacidades e danos decorrentes²³.

A reabilitação da saúde consiste na recuperação parcial ou total das capacidades perdidas como resultado da doença, objetivando a reintegração do indivíduo no seu ambiente social e em sua atividade profissional²³.

Portanto, os conceitos de recuperação e reabilitação da saúde são baseados no entendimento biológico do processo saúde-doença.

Prática Educativa em Saúde

A caracterização de uma prática educativa em saúde, no que se refere ao tipo de ação realizada, deve ser analisada sob o ponto de vista pedagógico e de saúde, ou seja, que tipo de metodologia de ensino é utilizada, e de qual pressuposto do processo saúde-doença se concebe. Contextualizando a prática educativa em saúde com as propostas de atenção à saúde, podemos classificar de um modo preliminar, em duas categorias: educação sanitária e educação em saúde.

Educação Sanitária

Tradicionalmente, desde o início do século XX, com o sanitarismo campanhista, as práticas educativas no Brasil têm sido marcadas pelo estilo “autoritário” de educar, na qual o educador é o conhecedor da “verdade científica” e deve transmitir seu conhecimento, geralmente de conteúdos pré-determinados, a uma determinada população²⁴. A pedagogia deste tipo de prática é descrita como educação bancária, na qual o educador deposita as informações no educando, que deve recebê-las, arquivá-las e guardá-las²⁵. Neste tipo de prática, o educador em lugar de comunicar-se, faz “comunicados”, o “saber” é uma doação dos que se julgam sábios aos que julgam nada saber, baseado na prescrição do educador para o educando que deve segui-las²⁵.

Da Ros (2000), identificou em seu estudo um tipo de prática educativa em saúde, que a classificou como educação sanitária, que se baseava em atitudes prescritivas e normativas, partindo de uma concepção biologicista (ênfase em doenças), e com ações preventivistas para evitar doenças, na qual os indivíduos (educandos) são os únicos responsáveis pelo eventual fracasso frente ao aparecimento de um determinado problema de saúde²⁴; neste exemplo, nota-se a falta de limites precisos entre o biologismo e o higienismo-preventivismo, situações na qual Fleck descrevia como *matizes de Estilo de Pensamento*¹.

Educação em Saúde

Uma nova forma de realizar a educação tem início, no Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, no final dos anos 70. Estudando os *Estilos de Pensamento em Saúde Pública*, Da Ros (2000), caracteriza que um tipo de educação que chama de educação em saúde, na qual a relação é biúnívoca, baseada numa prática libertadora, trabalhando com o conceito de saúde da determinação social²⁴.

O objetivo das práticas educativas é o alcance da autonomia dos indivíduos, para que eles sejam capazes de realizar suas escolhas, portanto, trabalha no sentido da promoção da saúde descrito na Carta de Ottawa²⁰. Esse processo se realiza numa prática baseada no diálogo e no companheirismo, ou seja, numa troca entre o educador e educando, na qual ambos se educam, e um novo saber é construído através da problematização, gerando um conhecimento crítico e

reflexivo, inclusive utilizando as palavras, educador-educando e educando-educadores, referindo-se a esta troca e construção de novos saberes²⁵. Paulo Freire (2005) ainda diz que o diálogo começa na busca do conteúdo programático, quando o educador-educando se pergunta em torno do que vai dialogar com o educando-educador²⁵.

Epidemiologia

Toda investigação epidemiológica tem um objetivo claro sobre o conhecimento de um determinado problema e a partir disso propor soluções. Portanto a abordagem e a forma de realização desta investigação, bem como as soluções propostas podem evidenciar a que *Estilo de Pensamento* pertencem.

Epidemiologia Clínica

A epidemiologia clínica segundo os esquemas didáticos de Sackett, apresenta as seguintes características: a) teoria do diagnóstico clínico, baseada na avaliação de validade e confiabilidade dos procedimentos de identificação do caso; b) metodologia para construção do conhecimento da etiologia baseado em estratégias observacionais de investigação em pequenos grupos; c) metodologia correspondente para estudos de eficácia e efetividade de procedimentos terapêuticos; d) proposição de uma certa propedêutica quantitativa denominada de “clinimetria”, estruturada através de modelos probabilísticos de tomada de decisão para o estabelecimento de prognóstico clínico²⁶.

O próprio nome por si só já define a clínica como objetivo desta epidemiologia, e os pontos descritos por Almeida (2000) no parágrafo anterior demonstram as bases biológicas do processo saúde-doença por ela utilizada.

Epidemiologia Clássica

A epidemiologia clássica se utiliza principalmente da matemática/estatística (distribuição, frequência, padrões de distribuição) para quantificar e entender a ocorrência das doenças (portanto, de bases biológicas) em uma determinada população, tendo seu marco teórico assentado no positivismo, assumindo uma posição reducionista frente ao processo saúde/doença²⁴.

Sua característica básica é de estudar um evento sanitário, tentando estabelecer uma relação entre as variáveis (fatores) com o evento estudado, que podem enfatizar mais ou menos o biológico²⁴, dependendo da escolha destes fatores, portanto, parte de uma explicação de multicausalidade do processo saúde-doença.

Com a teoria da história natural das doenças e com o chamado modelo da tríade ecológica de Leavell e Clark, plasmados na multicausalidade, ocorre uma cristalização desta forma de investigação, na qual o social é uma variável a ser examinada¹⁴.

Epidemiologia Crítica

A epidemiologia crítica adota a concepção de saúde como determinada socialmente e, a partir daí, contempla a multicausalidade (mas como subordinada à determinação social)²⁴.

A investigação epidemiológica é realizada a partir de alguns enfoques: ênfase no entendimento das condições de reprodução da força de trabalho; condições do processo de trabalho; em como o capitalismo, enquanto processo econômico e social determina as doenças²⁷.

Desta forma, a investigação parte de um pressuposto diferente, como exemplifica Moysés sobre a pergunta inicial da ocorrência de um evento sanitário: “*qual a causa da distribuição desigual de doenças entre populações?*” (epidemiologia crítica) e “*qual a causa dos casos?*” (epidemiologia clássica)²⁸. Considerando que as soluções para um determinado problema de saúde, são determinadas a partir das conclusões de uma investigação epidemiológica, este pressuposto inicial adquire importância central, uma vez que as respostas estão diretamente relacionadas ao tipo de pergunta realizada, ou seja, se a investigação partir da relação entre variáveis, a solução será uma ação sobre os fatores causadores de um determinado problema, porém se a pergunta inicial estiver relacionada com a determinação social do processo saúde/doença, as soluções serão baseadas nas condições de vida das pessoas.

Os estilos de pensamento segundo a concepção saúde-doença

Utilizando as categorias fleckianas, o quadro 1 classifica os *Estilos de Pensamento*, segundo sua concepção de saúde-doença, relacionando-as com suas ações consequentes, ou seja, a *forma de ver leva a uma ação dirigida*.

Quadro 1 – Ações de saúde, segundo o Estilo de Pensamento (EP) sobre a concepção saúde-doença.

	EP Biologicista	EP Higienista-Preventivista	EP Social	EP Integral
Visão do processo saúde-doença	Causação biológica	Multicausalidade	Determinação social	Integralidade
Tipo de ação de saúde	Recuperação e reabilitação da saúde	Proteção da saúde	Promoção da Saúde	Promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde
Prática educativa Epidemiologia	Educação sanitária Epidemiologia clínica	Educação sanitária Epidemiologia clássica	Educação em saúde Epidemiologia crítica ou social	Educação em saúde Epidemiologia crítica ou social

O *Estilo de Pensamento*, que aqui estamos chamando de integral, tem bastante afinidade com a determinação social, uma vez que no entendimento de integralidade, a causação biológica e o condicionamento ambiental estão subordinados a determinação social do processo saúde doença, ou seja, (melhorar as condições de vida, interfere positivamente na exposição ambiental e biológica das pessoas), as ações de saúde devem visar especialmente melhorar as condições de vida das pessoas, além de proteger, recuperar e reabilitar a saúde.

Esta é uma classificação didática, porém nas questões práticas, o biologicismo e a multicausalidade não apresentam limites precisos, uma vez que a própria multicausalidade utiliza o conhecimento da causação biológica para as investigações epidemiológicas, para a prática educativa e no próprio controle das doenças. Desta forma, se torna necessária a utilização de *matizes* para a caracterização de *Estilos de Pensamento*, podendo uma determinada visão das concepções de saúde-doença, aparecer mais fortemente que outra, ou seja, ela pode ser mais biologicista ou mais higienista-preventivista, ou mesmo incorporar outras formas de entendimento.

Considerações finais

A história nos demonstra que a forma de entender o processo saúde-doença é que determina a organização das ações de saúde. Portanto, no processo de reforma sanitária, que apresenta a integralidade como eixo, não deve existir neutralidade, ou seja, ele deve ser planejado e estruturado partindo de suas concepções e pressupostos, atuando em duas linhas distintas (porém complementares): na graduação, numa perspectiva de introdução a um *Estilo de Pensamento* Integral; e na educação permanente de profissionais trabalhadores do Sistema Nacional de Saúde, trabalhando com a *complicação* do modelo hegemônico, para a *mudança* por um *Estilo de*

Pensamento Integral, sempre lembrando que estas questões devem estar presentes nas discussões teóricas e nas atividades práticas.

Referências bibliográficas:

1. Fleck, L. La Génesis y el Desarrollo de un Hecho Científico. Madrid: Alianza Editorial, 1986.
2. Schäfer, L.; Schnelle, T. Los Fundamentos de la Visión Sociológica de Ludwik Fleck de la Teoría de la Ciência. In: Fleck, L.: La Genesis y el Desarrollo de un Hecho Científico. Madrid: Alianza Editorial, 1986. p. 9-42.
3. Löwy, I. Fleck e a Historiografia Recente da Pesquisa Biomédica. In: Portocarrero, V.: Filosofia, História e Sociologia das Ciências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 233-249, 1994.
4. Cutolo, L. R. A. Algumas Considerações Sobre os Primeiros estudos na Disciplina. Disciplina Sociogênese do Conhecimento. PPGE/CED-UFSC, mimeo, 1999.
5. Löwy, I. Ludwik Fleck e a Presente História das Ciências. In: Manguinhos - História, Ciências, Saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 7-18, 1994b.
6. Cutolo, L. R. A. Estilo de Pensamento em Educação Médica – Um estudo do currículo do curso de graduação em Medicina da UFSC. Tese de Doutorado – CED/USFC. Florianópolis, 2001.
7. Cutolo, L. R. A. A pediatria e a Educação Pediátrica nos Cursos de Graduação em Medicina. Florianópolis, 2005.
8. Foucault, M. A Microfísica do Poder. 11ª edição. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1993.
9. Gutierrez, P. R. Concepções sobre saúde e doença. In: Andrade, S. M.; Soares, D. A.; Cordoni JR, L. Bases da Saúde Coletiva. Londrina: co-edição Editora da Universidade Estadual de Londrina – ABRASCO, 2001.
10. Rosen, G. Uma História da Saúde Pública. São Paulo / Rio de Janeiro: co-edição Hucitec / Unesp / Abrasco, 1994.
11. Barbeiro, H. História Geral. São Paulo: Ed. Moderna, 1977.
12. Rosen, G. Da Polícia Médica à Medicina Social. Rio de Janeiro: Editora Graal, 1980.
13. Waitzkin, H. Uma Visão Marxista Sobre Atendimento Médico. São Paulo: Editora Avante, 1980.
14. Breilh, J.; Granda, E. Saúde na Sociedade. São

- Paulo: Instituto de Saúde/ Rio de Janeiro ABRASCO, 1986.
15. Czeresnia, D.; Freitas, C. M. (orgs). Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendência. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.
 16. Barata, R. C. B. A Historicidade do Conceito de Causa. In: Textos de Apoio - Epidemiologia I. Rio de Janeiro: Ed. ABRASCO, 1985.
 17. Pinto, S. T. Breve História de la Medicina Universal. Segunda edição. Santiago, Chile: Editorial Universitária, 1986.
 18. Bernal, J. D. Ciência na História - Volume III. Lisboa: Livros Horizonte, 1977.
 19. Leavell, H. R.; Clark, E. G. Medicina Preventiva. São Paulo: McGraw Hill do Brasil, 1976.
 20. OPAS. Carta de Ottawa. Ottawa, 1986.
 21. Czeresnia, D. O conceito de Saúde e a diferença entre Prevenção e Promoção. In. Czeresnia, D.; Freitas, C. M. (orgs). Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendência. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.
 22. Buss, P. M. Uma introdução ao Conceito de Promoção da Saúde. In. Czeresnia, D.; Freitas, C. M. (orgs). Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendência. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.
 23. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.
 24. Da Ros, M. A. Estilo de Pensamento em Saúde Pública. Tese de Doutorado, CED/UFSC. Florianópolis, 2000.
 25. Freire, P. Pedagogia do oprimido. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.
 26. Almeida Filho, N. A ciência da saúde. São Paulo: Hucitec, 2000.
 27. Testa, M. Pensar en salud. Buenos Aires: Lugar Editorial, 1993.
 28. Moysés, S. J. O conceito de promoção da saúde na construção de sistemas de atenção em saúde bucal coletiva. In: Kriger, L. ABOPREV. São Paulo: Artes Médicas, 1997.

Endereço para correspondência:

Marcos Aurélio Maeyama
Rua Bibiano Santos, 40 – apto. 202
Balneário Camboriú- SC
CEP: 88330-000