

E o que faz/pode fazer um bacharel em Saúde Coletiva? A arte de pesquisar como prática de promoção de saúde

*And what does / can do a degree in Public Health?
The art of research and practice of health promotion*

*Y lo que no / puede hacer un grado en Salud Pública?
El arte de la investigación y la práctica de promoción
de la salud*

Rosamaria Carneiro¹

RESUMO

Este pequeno ensaio busca explorar as habilidades e as competências dos egressos dos recém-criados cursos de graduação de Saúde Coletiva no Brasil, partindo de uma leitura pouco convencional de promoção da saúde. Para tanto, tomando de saída, a particularidade ou pretensão “transdisciplinar” dos referidos cursos de graduação, nos dispomos a pensar o Sanitarista tanto como profissional diferenciado e ainda em construção, como também aquele que pode realizar a metacrítica do campo da saúde. Se assim pensada a figura o respectivo profissional, sua prática também parece poder sê-lo, quando, em razão de sua formação em Ciências Sociais (Antropologia/Sociologia), desponta como aquele que produz a promoção da saúde sem necessariamente pensá-la como intervenção direta e muitas vezes etnocêntrica,

¹ Doutorado em Ciências Sociais. Universidade de Brasília.

mas como o ator que, ao pesquisar significados, concepções e representações sociais, pode construir pontes, pensar diálogos e contribuir para a tradução e outros olhares sobre corpo, saberes, práticas de cuidado e políticas públicas. Não sem dilemas e tensões, figuraria, portanto, como o profissional de saúde que compreende processos e mapeia situações antes de agir ou que nem mesmo age, mas que, ao pesquisar, “observa, escuta e descreve”, em nome da comunicação e de leituras de mundos menos avessas às caixas disciplinares da ciência moderna.

Palavras-chaves: Saúde Coletiva. Graduação. Identidade profissional. Pesquisa. Ciências Sociais. Promoção da(S) Saúde(S).

ABSTRACT

This short essay seeks to explore the skills and competencies of the graduates of the newly created undergraduate courses in Public Health in Brazil, from a reading unconventional health promotion. Therefore, taking out the feature

or pretension “transdisciplinary” of these courses, we are willing to think differently Sanitarian both as a professional and still under construction, but also one that can perform the metacriticism the health field. If well designed figure their professional practice also seems to be able to be so, when, because of their training in Social Sciences (Anthropology / Sociology), emerges as one that produces health promotion without necessarily think of it as intervention direct and often ethnocentric, but as the actor who, when researching meanings, conceptions and social representations, can build bridges and contribute to dialogues think the translation and other perspectives on the body, knowledge, care practices and policies. Not without dilemmas and tensions, would figure, therefore, as the health care professional who understands processes and maps situations before acting or even acting, but that the search, “observes, listens and describes,” in the name of communication and readings worlds less averse to disciplinary cases of modern science.

Key-words: Health. Graduation. Professional identity. Search. Social Sciences. Promotion of (S) Health (S).

RESUMEN

Este breve ensayo busca explorar las habilidades y competencias de los egresados de las carreras de grado de nueva creación en la Salud Pública en Brasil, a partir de una promoción de la salud no convencionales de lectura. Por lo tanto, sacar la característica o pretensión «transdisciplinario» de estos cursos, que estamos dispuestos a pensar de forma diferente Sanitario tanto como profesional y todavía en construcción, pero también uno que puede realizar la metacrítica el campo de

la salud. Si figura bien diseñado su práctica profesional también parece ser capaz de ser así, cuando, debido a su formación en Ciencias Sociales (Antropología / Sociología), surge como una que produce la promoción de salud sin necesidad de pensar en ella como una intervención directa ya menudo etnocéntrico, pero como el actor que, cuando la investigación de significados, concepciones y representaciones sociales, puede tender puentes y contribuir a los diálogos piensan que la traducción y otros puntos de vista sobre el cuerpo, los conocimientos, las prácticas y las políticas de atención. No sin dilemas y tensiones, que figura, por lo tanto, ya que el profesional de la salud que entiende los procesos y situaciones de mapas antes de actuar o actuar, pero que la búsqueda «, observa, escucha y describe,» en nombre de la comunicación y la mundos lecturas menos aversión a los casos disciplinarios de la ciencia moderna.

Palabras-llaves: Salud. Graduación. Identidad Profesional. Buscar. Ciencias Sociales. Promoción de la (S) Salud (S).

Saúde Coletiva e a (trans/inter) disciplinaridade constitutiva

No final dos anos de 1970, agrava-se a crise econômica, o desemprego e a dívida externa; como não poderia esperar que fosse de outro modo, a saúde sofria as consequências de tal cenário político, econômico e cultural. Nos idos de 1976 e 1979, surge a ABRASCO e o CEBES como ambientes críticos e propositivos de uma outra saúde, e começa a ser gestada a Reforma Sanitária, em nome de uma saúde não mais privatizada, mas direito de todos e dever do Estado. Segundo Paim¹, historicamente havíamos, antes, abandonado uma acepção

de assistência baseada na filantropia por uma previdenciária e pautada pela seguridade social (INAMPS). Nesse momento, contudo, passávamos a outra bastante diferente: uma saúde de todos e para todos. Esse era o momento da luta pela redemocratização do país, de abertura política e das “Diretas já” e dele faziam parte os movimentos sociais em sua multiplicidade e, mais especificamente, o movimento pela saúde.

Para Campos², é nesse período, na década de 1980, que nasce a Saúde Coletiva, enquanto um “campo” de saberes e de práticas, onde encontramos, a um só tempo, o pensamento, o movimento social e a prática teórica. O predicado “coletiva”, em sua leitura, sugere que “o coletivo irá se impor para a medicina, tanto para a prática curativa como de prevenção; apresenta especificidades próprias tanto para sua quantificação, como para sua explicação e é dinâmico, produto das relações sociais” (p.18). Esse parece ter sido um movimento muito nosso, brasileiro, e bastante pautado pela influência ou interpenetração das Ciências Humanas no campo da saúde. A expressão “Coletiva”, portanto, desponta como diferencial em relação à Saúde Pública, já existente, e vem muito balizada por um ideário marxista e, assim, distante das ideias de “medicina social” e de “medicina preventiva”, antes operantes, que pautavam a reforma da prática pela prevenção e pela transformação da formação dos profissionais, mais detidamente médicos.

Enquanto campo de saberes e de práticas, a Saúde Coletiva aparece composta pela somatória de três grandes áreas, a Epidemiologia, o Planejamento e a Gestão dos Sistemas e as Ciências Sociais, que, em

seu interior, sofrem de uma dissolução em nome de uma nova disciplina (trans)disciplinar e nascente. Para Birman³, é exatamente por introduzir as Ciências Humanas e Sociais no campo da saúde que a Saúde Coletiva reestrutura as coordenadas deste campo, trazendo para o seu interior as dimensões simbólicas, ética e políticas, em um nítido esforço de relativização do biológico.

Nessa esteira, o autor acredita que a Saúde Coletiva se constitui como a crítica do naturalismo médico, partindo da premissa de que saúde é muito mais do que as ciências médicas pensam e praticam. Por isso, sustenta que, ao deixarmos o termo “público” para passar a usar o “coletivo”, teríamos deixado o Estado como o controlador e produtor da saúde para as possibilidades de/da agência individual e coletiva no campo da saúde e, assim, para o poder instituinte da vida social.

Nas linhas de outro sociólogo dedicado à questão⁴, a Saúde Coletiva seria um movimento intelectual e moral, bem como um núcleo de saberes e de práticas, cujas principais atribuições seriam: o apoio aos sistemas de saúde; a elaboração de políticas e a construção de modelos; a produção de explicações para os processos de saúde/doença e a produção de práticas de promoção e de prevenção de doenças. Em virtude disso, tornar-se impossível pensá-la sem a presença das três dimensões acima referidas, que, por sua vez, sinalizam para o que ora denominei de (trans/inter) disciplinaridade constitutiva da Saúde Coletiva.

Se a doença é colocada entre parênteses, o olhar deixa de ser exclusivamente técnico,

exclusivamente clínico. Então, é o doente, é a pessoa o objetivo do trabalho, e não a doença. Desta forma a ênfase não é mais colocada no processo de cura, mas no processo de invenção da saúde e de reprodução social do paciente (Campos, 2000, p.229).

Percebe-se, portanto, que esse campo é relativamente novo no Brasil; sobretudo, em âmbito de graduação ou bacharelado, temática desta pequena reflexão. A Saúde Coletiva principia, nos anos de 1980, como pós-graduação *latu e stricto sensu* e somente, em 2008, desponta como curso de graduação. Entre as experiências pioneiras, encontramos a arrojada proposta do curso de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília/Faculdade de Ceilândia, bastante marcado por uma grade sistêmica e interdisciplinar.

Diante desse breve cenário, é a partir de minha inserção nesse curso de graduação como docente que ora escrevo com o objetivo de refletir sobre as possibilidades de inserção do profissional que estamos formando, mas, sobretudo, sobre o seu papel enquanto Sanitarista e bacharel em Saúde Coletiva. No entanto, considerando a brevidade dessas experiências, não me resta outra opção a não ser apontar caminhos e sugerir rotas de problematização, posto que, caso contrário, todas as apostas poderiam ser precipitadas e equivocadas. Ou seja, há que se esperar pelo futuro, tudo ainda é muito recente, mas isso não nos impede de lançar questões e refletir sobre o processo de formação dos que cursam a graduação em Saúde Coletiva e do papel dos docentes nessa trajetória.

Enquanto campo composto pelas Ciências

Sociais, Epidemiologia e Gestão, um curso de graduação em Saúde Coletiva não poderia fugir a essa regra e, então, contemplar a formação, a prática e os saberes dessas searas. O curso do qual parto como realidade empírica para aqui pensar e refletir encontra-se organizado nessas três áreas. Nesse sentido, os alunos/graduandos contam com disciplinas obrigatórias como Epidemiologia Descritiva/Analítica; Modelos e Sistemas de Saúde; Promoção da Saúde; Saúde e Sociedade; Sociologia do Corpo; Antropologia da Saúde e Metodologias de Pesquisa Qualitativa, entre tantos outros. Dessa forma, são alimentados pelo que, até então, muitas vezes, se configurava como um curso de graduação específico nessas disciplinas, como é o caso de Ciências Sociais e da Administração ou Gestão Pública. Isto posto, recebem “de tudo um pouco” dessas três áreas de saberes, em nome de um olhar para a saúde como processo, sistema e macro-conjuntura, ou seja, como o que congrega o particular e o geral, o corpo e a política e que percebe a saúde enquanto estrutura e agência a um só tempo e distante do puramente biológico.

Se assim desponta, essa parece ser a explicação para que se tematize a Saúde Coletiva a partir da abordagem dos “fenômenos complexos”⁵ e de modo marcadamente influenciado pela construção teórica de Edgar Morin sobre o “pensamento complexo”⁶. Esse ao menos tem sido o exercício de alguns dos autores brasileiros que pautam os estudos e a reflexão sobre a saúde, depois da mobilização social dos anos de 1980 e muito também a partir da crítica contemporânea da ciência moderna, a partir da complexidade e de uma tecnologia compromissada com o homem e com a natureza⁷.

Morin começa a escrever sobre a complexidade ou interdisciplinaridade nos anos de 1950 e muito como uma crítica ao logocentrismo e ao paradigma da simplificação da ciência moderna. Pensar a partir da complexidade, seria, em alguma medida, pensar através de processos nos quais intervêm diferentes racionalidades, ordens de materialidade e escalas de espaço-temporais. O pensamento complexo faz, então, a crítica do pensamento reducionista, fragmentador e simplificador que caracteriza a ciência moderna e, assim, implica em uma outra racionalidade. É, portanto, uma espécie de "convite para pensar"⁸ na dinamicidade da vida e a partir dos sistemas. Nessa esteira, a saúde e o meio-ambiente têm sido alvos a partir dos quais essa proposta tem sido praticada.

Segundo a cientista social⁹, o pensamento complexo não seria uma metodologia, mas uma incitação a fazer comunicar áreas de saber em vez de isolá-la, e, assim, a "religar". Nesse sentido, o desafio atual seria estabelecer inter-relações entre as diversas complexidades, diferentes níveis de realidades e contextos de saber para ampliar olhares em nome de uma conexão e complexidade. E isso sem negar o disciplinar, não obstante, relativizá-lo, propondo o encontro entre o teórico e o prático, entre o filosófico e o científico.

Para o antropólogo Roger¹⁰, trata-se de um pensamento mais pascalino do que cartesiano, por seu caráter circulante, haja vista Pascal partir do pressuposto de que é impossível conhecer as partes sem conhecer o todo, assim como conhecer o todo sem conhecer particularmente as partes. E anuncia que é preciso macroconceituar em formas globais,

sem totalidades fechadas, antes de separarmos e quantificarmos.

Nesse campo de propostas, deparamo-nos, por consequência, com uma somatória de termos, sinônimos, mas também diversos, a saber, o "interdisciplinar" e o "transdisciplinar". Parece-me ser preciso distingui-los: o interdisciplinar seria a transferência dos métodos de uma disciplina à outra, já a transdisciplinaridade nos remeteria ao que está ao mesmo tempo e entre as disciplinas, através das diferentes disciplinas, mas também além de toda a disciplina. Em meu entender, assumir posturas como essas no campo da saúde seria um grande avanço para rompermos com leituras biomédicas de saúde, numa triangulação entre o micro, o macro e o funcional.

Da parte da Antropologia, partindo da premissa da saúde como um fenômeno complexo (biológico, sociológico, econômico, ambiental e cultural), aponta-se para os limites da tecnologia biomédica quando se trata de mudar o estado de saúde de uma população. Segundo Uchoa¹¹, o estado de saúde de uma população é associado ao seu modo de vida e ao seu universo, por isso se faz necessário apostar no que denomina de "Antropologia Médica" como complementar a Epidemiologia e à Sociologia da saúde. Segundo o autor, a Epidemiologia estuda a distribuição das doenças em populações em busca dos determinantes dessa distribuição. Para tanto, recorre aos métodos quantitativos e tenta identificar perfis de distribuição da patologia e de grupos de risco. Já na abordagem sociológica busca-se a dimensão social da doença e na antropológica a consideração da saúde como um fenômeno cultural e, portanto, a ser interpretado, detendo-

se às formas de pensar e de agir frente à

A corrente interpretativa da antropologia, principalmente a partir de Geertz¹² e de sua noção de cultura como “teia de significados”, que permite aos indivíduos interpretarem a experiência e guiar suas ações, torna-nos possível relacionar o corpo fragmentado com o pensamento complexo. Nesse sentido, a cultura (e o estudo das culturas) oferece modelos para/ modelos de construção das realidades sociais e psicológicas e, assim, mediante sua análise o mundo se torna inteligível, também quanto à saúde/doença. Daí a ideia de Kleinman¹³, sobre a saúde como sistema cultural e como um “modelo explicativo”. Esse antropólogo foi um dos pioneiros no ramo da Antropologia Médica americana e entre os autores que sustentam a necessidade de se entender a doença como processo e como experiência, a partir de “sistemas de cuidado da saúde”, a saber, os sistemas profissional, tradicional e popular¹⁴.

Oliveira (2002), justamente por isso, pede-nos atenção para a importante tarefa da antropologia nesse campo: a de comunicar os sistemas explicativos existentes e muitas vezes diferentes uns dos outros. Dessa maneira, nos passos de Kleinman, haveria de se pensar em “illness”, que é a resposta subjetiva do indivíduo à situação de doença, uma resposta que engloba aspectos individuais, sociais e culturais à experiência de estar doente, mas também em “disease”, ou seja, em como os profissionais interpretam a doença a partir de seus modelos teóricos e clínicos de trabalho. Essa seria uma das grandes contribuições da antropologia, a de decodificar illness em disease, gerando um encontro entre mundos diferentes, tomando ambos como sistemas

culturais.

Diante disso, somada a essa leitura das Ciências Sociais, encontramos, no interior da Saúde Coletiva, enquanto campo, a Epidemiologia com o estudo dos determinantes sociais, diagnósticos e tendências sociais mais gerais e, de mesmo modo, a Gestão e o Planejamento, com a reflexão sobre os modelos, sistemas e políticas de saúde mais estruturais. Em razão disso, desponta como constitutivamente interdisciplinar, para alguns, ou como transdisciplinar e complexa e, assim, mais do que uma somatória de disciplinas, para outros, como visto anteriormente.

Se assim figura o campo, tendo a acreditar que também o graduado em Saúde Coletiva, de saída ou *per si*, aparece como um profissional diferenciado, quando formado nessas três áreas em sua comunicação e para pensar a/sobre saúde. Por isso, sustentamos a transdisciplinaridade como algo constitutivo do campo da Saúde Coletiva e de seu profissional, que contará (ou pode contar) com um olhar multifacetado de saúde, conjugando esses três aspectos ou, de mesmo modo, dedicando-se a uma dessas frentes de atuação de modo mais marcado.

Breves notas etnográficas de uma experiência docente

Como anunciei algumas linhas atrás, escrevo a partir de minha experiência enquanto docente da área de concentração de Ciências Sociais de um dos cursos de graduação em Saúde Coletiva do Brasil, tendo por perspectiva a Antropologia. Enquanto docente com essas características me vejo duplamente desafiada: em primeiro lugar, em razão de ser professora na graduação da Saúde Coletiva, um curso

novo, diferenciado e que ainda se vê em plena construção e tentativa de consolidação; e, em segundo lugar, em razão de, em seu interior, inserir-me no campo das Ciências Sociais que repensam e problematizam a saúde enquanto fenômeno social e cultural, outrora repetidamente percebida a partir da biologia naturalizante. Com isso, o que pretendo aqui sinalizar é a dupla resistência experimentada por aqueles que, como eu, ensinam e pesquisam saúde, porque a pensam a partir da perspectiva cultural e porque se veem inseridos da nascente graduação de Saúde Coletiva. Considerando que o desafio maior deste paper é refletir sobre a identidade do graduado em Saúde Coletiva, recorrerei a uma situação por mim experienciada na universidade e que me parece interessante ou “boa para pensar” o campo e o que dele se espera.

Estive a frente, junto de outros colegas, de uma proposta de congresso interno cuja temática era “Saúde e Direitos Humanos”. Para tanto, criamos um edital, a partir do qual os alunos poderiam trabalhar e inscrever seus resumos de trabalhos com essa orientação, tendo por temáticas específicas: Saúde da População Indígena; Saúde da Mulher; Saúde do Homem; Saúde da População Negra; Saúde da Pessoa com Deficiência; Saúde do Idoso e Saúde GLBTT.

Fui orientadora de alguns dos trabalhos inscritos e, ao ser procurada pelos estudantes, surpreendi-me com a premissa da intervenção em saúde. É certo que componho o corpo de uma faculdade dedicada à outros cursos que não somente à Saúde Coletiva, a saber, Terapia Ocupacional, Enfermagem, Fisioterapia, Fonoaudiologia e Farmácia, mas a ideia do aqui denominarei de “hands on”, ou seja,

da necessidade de uma ação e intervenção, ultrapassava tais barreiras e se fazia sentir como um todo, em todos os cursos participantes da atividade.

Do mencionado edital, constava como recomendação escrever trabalhos orientados à “promoção” da saúde e essa pequena, mas intensa expressão prática, fora a mola propulsora de minhas reflexões aqui arquitetadas. Tendo a pensar dessa forma porque os alunos que me procuraram, em nome de orientação, já vinham demasiadamente preocupados com a intervenção, ou seja, com uma ação, uma prática e com a necessidade de uma proposta de transformação da realidade. Não poucas vezes, me vi interpelada do seguinte modo: “Mas, professora, preciso pensar na intervenção e em uma proposta de ação, pois isso é promoção da saúde!?”.

Na realidade, muitas foram as vezes em que, em conversas, correios e reuniões de orientação, os alunos afirmavam uma ideia de promoção da saúde que parece envolver uma ação prática ou o que denominarei de um “hands on”. O interessante é que, entre esses alunos, estavam os graduandos em Saúde Coletiva. E assim, promover a saúde operava também entre eles como necessidade de ação, de intervenção e de proposição de um programa, inovação ou de um “remédio” para um problema social.

É certo, entretanto, como me disse uma de minhas aulas, que, para tanto, para se propor algo “tem de ter pesquisa antes, é preciso fazer pesquisa-ação e ver o que acontece”. Porém, ainda assim, o resultado final, por eles esperado, era a intervenção. E assim, ao se tratar de uma atividade em “Saúde e Direitos Humanos”, mas que pressupunha a promoção

da saúde, os alunos insistiam na necessidade de uma ação.

Enquanto professora da área de concentração de Ciências Sociais e de disciplinas como “Saúde e Sociedade”, já clássicas nesse campo, me vi impactada pela reprodução de uma ideia de que problematizar o campo da saúde requer necessariamente uma posterior intervenção ou qualquer modalidade de ação, haja vista ter sido esse, muitas vezes, o modelo de saúde criticado pela própria Saúde Coletiva, a saber, o biomédico, tecnocrático e eminentemente intervencionista.

O esforço daqueles que, como a que ora escreve, compõem as áreas de concentração das Ciências Sociais em Saúde é justamente questionar esse modelo de apreensão e de reflexão do campo. E é, em minha leitura, sustentar que a pesquisa qualitativa, enquanto mapeamento de significados, de ações e de compreensão das relações sociais e sistemas culturais de cura é, *per si* ou então em si, uma estratégia de promoção da saúde que não pressupõe necessariamente a ação e a intervenção, mas que alarga perspectivas, estabelece diálogos, cria pontes e pensa, antes e sobretudo, em saúde no plural. Nesse sentido, reconhecer outros sistemas, valores e modos de organização da saúde, bem como identificar sucessos e dificuldades ou, ainda, inexistência de políticas, programas ou surdez no que tange à saúde também funciona e consiste estratégias ou modos de promoção da saúde. Dessa forma, em meu entender, produzir cartografias, mapas e registros de sistemas culturais, bem como de anseios, expectativas, práticas de saber/fazer saúde e, por fim, de itinerários terapêuticos, é não somente produzir ciência, mas promover a saúde e atuar profissionalmente, enquanto

egresso de um curso de Saúde Coletiva.

Pensando desse modo, pode-se pensar que o graduado em Saúde Coletiva exerce sua profissão, também, mediante a pesquisa em saúde e que, então, enquanto egresso da graduação, pode optar por ser pesquisador, por mapear, cartografar e compreender processos sociais sem, necessariamente, intervir.

Esse pode ser ou é o diferencial desse novo profissional de saúde, que pode agir pesquisando sem necessariamente propor uma ação prática de imediato, na medida em que produz saúde escrevendo-a e teorizando-a, traduzindo mundos e estendendo visões. Em outras palavras, essa pode ser sua estratégia de atuação profissional, a saber, legítima e lastreada por sua formação em Ciências Sociais, em metateoria e em tecnologias de pesquisa qualitativas, desde exercícios etnográficos, realização de entrevistas e revisões bibliográficas, até a realização de etnodocumentários em saúde, por exemplo. Sendo assim, ao pensarmos sobre a identidade do bacharel em Saúde Coletiva na atualidade, por que não podemos pensá-lo, por exemplo, como um cineasta ou um etno-documentarista dedicado à exploração de múltiplas acepções e concepções de saúde?

Afinal, esse parece ser um dos objetivos da Saúde Coletiva, pensar a saúde como um constructo histórico e cultural, desnaturalizando-a e desconstruindo-a em sua universalidade e essencialidade. Pesquisar em saúde, por consequência, seria/é também trabalhar com saúde e, assim, apresentar cenários e mais perguntas do que respostas, também significaria ser profissional de saúde

e produzir ciência. Para tanto, entretanto, parece ser preciso rejeitarmos prejuízos e pré-julgamentos quanto ao espaço das Ciências Sociais no campo da Saúde Coletiva; campo esse que, na realidade, foi um dos grandes responsáveis por essa outra ideia de saúde, a saber, “Coletiva” e não mais biopolítica, nos moldes pensados por Foucault¹⁵.

Diante disso, no entanto, não pretendo transformar os egressos de Saúde Coletiva em Cientistas Sociais, Antropólogos ou Sociólogos, e nem mesmo poderia, na medida em que se requer um outro tipo de formação para esses profissionais e cientistas. Não obstante, tendo a acreditar que podem ser, em outro sentido, pesquisadores, portadores de um outro óculos para o mundo da saúde, que buscam pensar as dimensões micro, macro e funcional da sociedade, sem, porém, ter de necessariamente intervir ou pensar, de antemão, em um ação.

Para tanto, competiria aos docentes e aos cursos de graduação em “Saúde Coletiva” adensarem o conhecimento em pesquisa, em teoria e em tecnologias de investigação, aguçar olhares e estimular leituras críticas nesse campo de atuação, na medida em que, assim, promovem e se pode promover saúde.

Pensando dessa maneira, entre reuniões de orientações e uma gama de questionamentos de meu corpo discente, procuramos, nesse exercício acadêmico aqui citado, refletir sobre saúde entendendo promoção também por este outro viés, o da “teia de significados” e a partir do “saber local” ou ponto de “vista do nativo”¹⁶.

Essa, então, poderia ser também a identidade

do graduado em Saúde Coletiva: a arte e capacidade de pesquisar, de ser investigador e de aventurar-se a pensar a saúde em nome das experiências, ou seja, mais a partir de mini-retratos do que por imagens de satélites. Não sem dilemas e tensões, figuraria, portanto, como o profissional de saúde que compreende processos e mapeia situações antes de agir ou que nem mesmo age, mas que, ao pesquisar, “observa, escuta e descreve”, em nome da comunicação e de leituras de mundos menos avessas às caixas disciplinares da ciência moderna.

À guisa de nenhuma conclusão, mas de mais questionamentos...

Com essa breve reflexão, nada pretendo concluir, mas, ao contrário, muito mais ofertar frestas e aberturas para práticas de/ em saúde. O campo da Saúde Coletiva é recente, sobretudo, no que tange ao graduado em Saúde Coletiva. A história nos dirá das tendências e das perspectivas, mas, podemos, contemporaneamente, constatar e sugerir possibilidades de atuação, tendo como uma delas a da pesquisa, como estratégia de promoção da saúde que escapa a ação.

Se, entretanto, atualmente, parece vigorar uma certa resistência a essa possibilidade no interior dos cursos de saúde e até mesmo no interior do campo da Saúde Coletiva, há que se pensar, portanto, na importância das Ciências Sociais enquanto campo de atuação e de formação do graduado em Saúde Coletiva. Essa talvez seja uma maneira de, em alguma medida, escaparmos de noções etnocêntricas e naturalizantes de que ser profissional de saúde significa, sempre e necessariamente, intervir, acelerar, postergar, controlar ou transformar

uma situação que envolve saúde/doença.

Esse outro profissional, neste início de século, na figura do graduado em Saúde Coletiva, pode ser aquele que finalmente assume uma postura de menos “hands on” e muitos mais “hands off”...

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 PAIM, Jairnilson. *O que é o SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.
- 2 CAMPOS, Gastão Wagner. *Sociedade e Cultura*, v. 3, n. 1 e 2, jan/dez. 2000, p. 51-74.
- 3 BIRMAN, Joel. **A interdisciplinaridade da Saúde Coletiva**. *Physis [online]*. 1996, vol.6, n.1-2, pp. 7-13. ISSN 0103-7331.
- 4 NUNES, Everardo. **Saúde coletiva: história de uma idéia e de um conceito**. *Saúde e Sociedade*. [online]. 1994, vol.3, n.2, pp. 5-21.
- 5 ALVARENGA, Augusta. **A Saúde Pública como campo de investigação interdisciplinar e a questão metodológica**. *Saúde e Sociedade*. [online]. 1994, vol. 3, n. 2, pp. 23-41
- 6 MORIN, Edgar. *O pensar complexo: Edgar Morin e a crise da modernidade*. Rio de Janeiro: Garamond, 1999.
- 7 ALVARENGA, Augusta. **A Saúde Pública como campo de investigação interdisciplinar e a questão metodológica**. *Saúde e Sociedade*. [online]. 1994, vol. 3, n. 2, pp. 23-41
- 8 ALVARENGA, Augusta et. al. **Congressos Internacionais sobre Transdisciplinaridade: reflexões sobre emergências e convergências de idéias e ideais na direção de uma nova ciência moderna**. *Saúde e Sociedade*. v.14, n.3, p.9-29, set-dez 2005
- 9 ALVARENGA, Augusta et al. **O pensamento complexo e desafios aos processos Investigativos**. *Revista Brasileira de Ciências Ambientais - Número 18 - Dezembro/2010*. p. 67-76.
- 10 ROGER, Emilio. In: *O pensar complexo: Edgar Morin e a crise da modernidade*. Rio de Janeiro: Garamond, 1999.
- 11 UCHOA, Elisabete. *Antropologia médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem de saúde e da doença*. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 10 (4): 497-504, out/dez, 1994.
- 12 GEERTZ, Clifford. *A interpretação das Culturas*. São Paulo: LTR, 1989.
- 13 KLEINMAN, A. *Social origins of distress and disease: depression, neurasthenia and pain in modern China*. New Haven: Yale University Press, 1986.
- 14 OLIVEIRA, F. A. **Anthropology in healthcare services: integrality, culture and communication**. *Interface, Comunicação, Saúde e Educação* v.6, n.10, p.63-74, 2002.
- 15 FOUCAULT, Michel. *O nascimento da biopolítica*. São Paulo: Martins Fontes, 2010.
- 16 GEERTZ, Clifford. *A interpretação*

das Culturas. São Paulo: LTR, 1989.

Artigo apresentado em: 15/08/2013

Artigo aprovado em: 13/190/2013

Artigo publicado no sistema em: 03/11/2013