



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
DOUTORADO EM SAÚDE COLETIVA

FERNANDO MENDES MASSIGNAM

**EXPRESSÕES DE SOLIDARIEDADE NA PRODUÇÃO
ACADÊMICA DA PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
BRASILEIRA:**

Análise de teses de doutorado do quadriênio 2013-2016.

FLORIANÓPOLIS, SC
2017

FERNANDO MENDES MASSIGNAM

**EXPRESSÕES DE SOLIDARIEDADE NA PRODUÇÃO
ACADÊMICA DA PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
BRASILEIRA:**

Análise de teses de doutorado do quadriênio 2013-2016.

FLORIANÓPOLIS, SC
2017

FERNANDO MENDES MASSIGNAM

**EXPRESSÕES DE SOLIDARIEDADE NA PRODUÇÃO
ACADÊMICA DA PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
BRASILEIRA:**

Análise de teses de doutorado do quadriênio 2013-2016.

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Marta Inez Machado Verdi

FLORIANÓPOLIS, SC
2017

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Massignam, Fernando Mendes

Expressões de solidariedade na produção acadêmica da pós-graduação em Saúde Coletiva brasileira: análise de teses de doutorado do quadriênio 2013-2016. / Fernando Mendes Massignam; orientadora, Marta Inez Machado Verdi – Florianópolis, SC.
145 p.

Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

Inclui Referências.

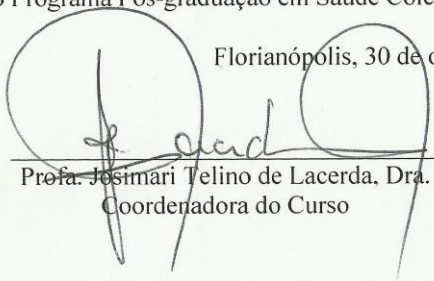
1. Saúde Coletiva. 2. Valores Sociais. 3. Programas de Pós-graduação em Saúde. 4. Marginalização social. 5. Solidariedade. I. Verdi, Marta Inez Machado. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.

Fernando Mendes Massignam

**EXPRESSÕES DE SOLIDARIEDADE NA PRODUÇÃO
ACADÊMICA DA PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
BRASILEIRA: Análise de teses de doutorado do quadriênio 2013-
2016.**

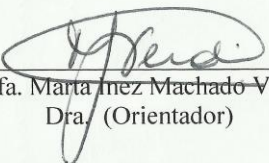
Tese aprovada e julgada adequada para obtenção do Título de
Doutor (a) pelo Programa Pós-graduação em Saúde Coletiva

Florianópolis, 30 de outubro de 2017.




Prof. Josimari Telino de Lacerda, Dra.
Coordenadora do Curso

Banca Examinadora:



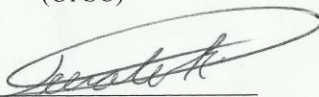
Prof. Marta Inez Machado Verdi,
Dra. (Orientador)



Prof. Marco Aurelio Da Ros, Dr.
(UNIVALI)



Prof. Dulcinéia Ghizoni Schneider, Dra.
(UFSC)



Prof. Douglas Francisco Kovaleski,
Dr. (UFSC)

*Para meu pai, em memória, e para minha mãe
pelo amor incondicional, incentivo e educação
que me possibilitaram chegar até aqui.*

*Para todos que de alguma maneira dedicam seus
esforços diários na construção de uma sociedade
menos iníqua.*

GRATIDÃO E RECONHECIMENTO

O valor das coisas não está no tempo que elas duram, mas na intensidade com que acontecem. Por isso existem momentos inesquecíveis, coisas inexplicáveis e pessoas incomparáveis.
Fernando Pessoa

Essa longa e *inesquecível* caminhada até aqui, sem dúvida, seria muito mais desafiadora, não fossem pessoas *incomparáveis* que contribuíram para que o caminho longo, intenso e solitário, se tornasse mais suave, compartilhado e cheio de sentido. A todas estas pessoas *incomparáveis* expressei meu sincero apreço e gratidão. Este sentimento de *gratidão*, permeado por diversas emoções, simboliza um pouco do quanto reconheço e honro as pessoas e momentos que de alguma forma contribuíram para a superação dos desafios e a realização deste sonho. Mas tamanho é meu sentimento de gratidão que sei: as palavras, todas as possíveis, são insuficientes para traduzi-lo. Ficam registrados alguns agradecimentos aos que foram importantes para mim neste processo, e se esqueci alguém, saibam que por todos que cruzaram e compartilharam o caminho guardo minha mais sincera e profunda gratidão.

Gratidão a VIDA por colocar no meu caminho os desafios e dificuldades que necessito para crescer, evoluir e iluminar as minhas escolhas, principalmente nos momentos críticos, possibilitando refletir e aprender sempre.

Aos *ventos da mudança* que passaram, passam e passarão na minha vida oportunizando novos rumos e novos sentidos, e que hoje tenho certeza sempre vale a pena, e muito!

Ao meu pai (*em memória*) e minha mãe, meus heróis e meus gigantes, pelo dom da vida. Sem vocês nada disso seria possível, e nada valeria a pena. Vocês me deram bases sólidas e exemplos virtuosos que sustentam minhas escolhas e dão a certeza que o caráter é o que há de precioso e mais importante que temos nessa vida. Gratidão também aos meus avós e todos que vieram antes pela coragem, pelas lutas e pelo legado que deixaram e que possibilitam a construção do meu caminho na vida e a realização dos meus sonhos.

À minha querida e *“inesquecível”* orientadora, Professora Marta Verdi, pela maneira afetuosa como me acolheu no momento que precisei de apoio, aceitando assumir a orientação deste trabalho. Gratidão por ter proporcionado exatamente o que eu precisei no processo de elaboração desta tese para o meu aprimoramento acadêmico, e também pessoal, compreendendo minhas limitações e dificuldades e me auxiliando a superá-las com respeito e delicadeza. Agradeço também a confiança e a parceria no estágio de docência e nas aulas da especialização, e a amizade que construímos nesse caminho.

Ao querido e inestimável Marcão, Professor Marco Da Ros, que me presenteou com a possibilidade de conhecer a Saúde Coletiva, e mesmo longe esteve presente em muitos momentos decisivos dessa caminhada.

Ao Professor João Luiz Bastos por oportunizar o início desta jornada e pelos bons momentos de aprendizado que compartilhamos.

Aos membros da banca de qualificação Professores Flávia Ramos, Dulcinéia Schneider, Mirelle Finkler e Fernando Hellmann por colaborar com os rumos desta pesquisa, assim como os Professores Douglas Francisco Kovaleski e Carlos Alberto Garcia Junior pelas conversas que frutificaram em importantes contribuições para este trabalho. Vocês certamente fizeram a diferença!

Aos colegas e amigos do Núcleo de Pesquisa e Extensão em Bioética e Saúde Coletiva – NUPEBISC, pela convivência e pelo compartilhamento de tantos momentos construtivos de trabalho pela Bioética e pela Saúde Coletiva. Conviver com este grupo é um grande aprendizado, construído com momentos de reflexão e trocas de saberes que serão sempre lembrados.

Aos professores do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva pelo aprendizado e pelas oportunidades de crescimento, em especial aos Professores Walter Ferreira Oliveira, Eleonora D’Orsi, Charles Tesser, Marta Verdi, Fátima Büchelle e Rodrigo Moretti pelo aprendizado nas disciplinas do doutorado. Também aos professores do Programa de Pós Graduação em Sociologia Política, Lígia Luchmann e Raúl Burgos que oportunizaram grandes aprendizados nas Ciências Sociais.

A Coordenação do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva e a Universidade Federal de Santa Catarina por me receberem, novamente, e oportunizarem mais esta etapa na minha formação acadêmica.

A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES pelo auxílio financeiro recebido, na forma de bolsa, durante todo o período de realização da pós-graduação.

Aos amigos e amigas: Eduard Marquardt, Ana Duarte Cardoso, Cláudia Carraro, Eduardo Losso, Eliane Ricardo Chanerski, Flávia Baratieri Losso, Nilson Zardo, Rita de Cássia Gabrielli Souza Lima, Maria Cláudia de Souza Matias, Liane Keitel, Ana Maria Mujica, Sonia SThiago, Maria do Horto Fontoura Cartana, Andrea Fontoura Motta, Helena Constante, Laura Cavalcanti de Farias Brehmer, Maria Esther Baibich, Luana Silvestre e Maria Rita Pimenta Rolim, pelos momentos de conversas que muitas vezes aliviaram a tensão do trabalho, pelos “galhos quebrados”, e principalmente pela amizade que deu mais sentido à caminhada e força para continuar.

E a todas as pessoas queridas que de alguma forma compartilharam momentos dessa caminhada comigo, e que também foram muito importantes, meus sinceros agradecimentos por colorirem e alegrarem a jornada.

GRATIDÃO, GRATIDÃO, GRATIDÃO...

Anda!
Quero te dizer nenhum segredo
Falo desse chão, da nossa casa
Vem que tá na hora de arrumar

Tempo!
Quero viver mais duzentos anos
Quero não ferir meu semelhante
Nem por isso quero me ferir

Vamos precisar de todo mundo
Pra banir do mundo a opressão
Para construir a vida nova
Vamos precisar de muito amor
A felicidade mora ao lado
E quem não é tolo pode ver

A paz na Terra, amor
O pé na terra
A paz na Terra, amor
O sal da

Terra!
És o mais bonito dos planetas
Tão te maltratando por dinheiro
Tu que és a nave nossa irmã

Canta!
Leva tua vida em harmonia
E nos alimenta com seus frutos
Tu que és do homem, a maçã

Vamos precisar de todo mundo
Um mais um é sempre mais que dois
Pra melhor juntar as nossas forças
É só repartir melhor o pão
Recriar o paraíso agora
Para merecer quem vem depois

Deixa nascer, o amor
Deixa fluir, o amor
Deixa crescer, o amor
Deixa viver, o amor

O Sal da Terra
Beto Guedes

MASSIGNAM, Fernando Mendes. **EXPRESSÕES DE SOLIDARIEDADE NA PRODUÇÃO ACADÊMICA DA PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA BRASILEIRA: Análise de teses de doutorado do quadriênio 2013-2016.** Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Florianópolis, SC, 2017.

RESUMO

A solidariedade e os valores que ela ancora nascem da sensibilidade e da percepção da interdependência humana como uma necessidade para preservação da vida no planeta. A solidariedade universal pode unir a comunidade humana na defesa de todos os cidadãos do mundo e se manifesta a partir de ações, interações ou fenômenos sociais que são permeados pela pluralidade moral relativa ao contexto social. Nessa direção, a Saúde Coletiva representa uma possibilidade de reconfiguração para sociedade, tendo a saúde como eixo de transformação e a solidariedade como valor estruturante. Sua produção acadêmica e científica tem se dedicado a questões que podem auxiliar na redução do sofrimento humano, na elevação da consciência sanitária e ecológica, na preservação da saúde e na defesa da vida. Considerando a solidariedade um valor e um conceito imprescindível para pensar a saúde coletiva brasileira, o objetivo deste estudo focou-se em analisar as expressões de solidariedade universal na produção de conhecimento na pós-graduação em Saúde Coletiva brasileira, buscando identificar também as expressões de valores pautados na solidariedade, como a preocupação com os excluídos e o respeito pelo meio ambiente. Esta pesquisa, de natureza qualitativa, classificada como exploratório-analítica e de abordagem ética, considerou nove programas de pós-graduação em Saúde Coletiva, que totalizam 679 teses de doutorado defendidas no quadriênio 2013-2016. Foram selecionados 50 trabalhos completos e quatro resumos que sinalizavam algum aspecto ou questão na direção da solidariedade universal, a partir de duas dimensões analíticas: 1) preocupação com os excluídos e; 2) preocupação com o meio ambiente. Da análise pautada na Hermenêutica Dialética, convergiram duas categorias analíticas: 1) o desvelamento de iniquidades em grupos sociais excluídos, ancorada em duas subcategorias: a desproteção do Estado e da sociedade e a violação dos direitos humanos, e as discriminações como geradoras de iniquidades; 2) responsabilidade ambiental como expressão de solidariedade da

Saúde Coletiva, ancorada em três subcategorias: impactos ao ambiente e à saúde das pessoas, interdisciplinaridade em benefício do meio ambiente e da saúde; e; temática ambiental e sanitária relacionada às políticas públicas. Os resultados apontam que na Saúde Coletiva a solidariedade universal se expressa como valor estruturante para o desvelamento e transformação das desigualdades na direção da melhoria das condições de vida e da situação de saúde das populações excluídas e discriminadas. Também revelam problemas ambientais que além dos impactos à Natureza e à saúde humana, derivam em processos de marginalização e exclusão de coletivos sociais relacionados às iniquidades decorrentes do modelo capitalista de produção. Ainda que insipiente, a produção acadêmica na Saúde Coletiva aponta para a necessidade do debate da sustentabilidade, bem como as estratégias sustentáveis se pautarem na solidariedade universal como valor fundante da busca pela melhoria das condições sociais e ecológicas, garantindo vida plena para as gerações futuras, em direção a uma sociedade democrática, igualitária e justa.

Palavras Chave: Saúde Coletiva; Programas de Pós-Graduação em Saúde; Valores Sociais; Ética; Marginalização Social; Meio ambiente.

MASSIGNAM, Fernando Mendes. **EXPRESSIONS OF SOLIDARITY IN THE ACADEMIC PRODUCTION OF THE POST-GRADUATION IN BRAZILIAN COLLECTIVE HEALTH: Analysis of doctoral theses for the quadrennium 2013-2016.**- Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Florianópolis, SC, 2017.

ABSTRACT

The solidarity and values it anchors are born from the sensitivity and the perception of human interdependence as a necessity for the preservation of life on the planet. Universal solidarity can unite the human community in the defense of all the citizens of the world and manifests itself through actions, interactions or social phenomena that are permeated by moral plurality relative to the social context. In this direction, Collective Health represents a possibility of reconfiguration for society, with health as an axis of transformation and solidarity as a structuring value. Its academic and scientific production has been dedicated to issues that can help reduce human suffering, increase sanitary and ecological awareness, preserve health and protect life. Considering solidarity a value and an essential concept for thinking about collective health in Brazil, the objective of this study was to analyze the expressions of universal solidarity in the production of knowledge in the postgraduate course in Brazilian Public Health, seeking to identify also the expressions of values based on solidarity, such as concern for the excluded and respect for the environment. This qualitative research, classified as exploratory-analytical and ethical approach, considered nine graduate programs in Collective Health, totaling 679 doctoral theses defended in the quadrennium 2013-2016. Fifty completed papers and four abstracts were selected that indicated some aspect or issue in the direction of universal solidarity, from two analytical dimensions: 1) concern for the excluded; 2) concern about the environment. From the analysis based on the Dialectic Hermeneutics, two analytical categories converged: 1) the unveiling of inequities in excluded social groups, anchored in two subcategories: the lack of protection of the State and of society and the violation of human rights, and the discriminations as generators of inequities; 2) environmental responsibility as an expression of collective health solidarity, anchored in three subcategories: impacts on the environment and people's health, interdisciplinarity for the benefit of the environment and health; and;

environmental and health issues related to public policies. The results show that in Collective Health universal solidarity is expressed as a structuring value for the unveiling and transformation of inequalities in the direction of improving the living conditions and the health situation of the excluded and discriminated populations. They also reveal environmental problems that, in addition to the impacts to nature and human health, lead to processes of marginalization and exclusion of social collectives related to the inequities arising from the capitalist model of production. Even though it is insipid, the academic production in Collective Health points to the need for sustainability debate, as well as sustainable strategies if they are based on universal solidarity as a founding value of the search for the improvement of social and ecological conditions, guaranteeing full life for future generations, towards a democratic, egalitarian and just society.

Keywords: Public Health; Health Postgraduate Programs; Social Values; Ethics; Social Marginalization; Environment.

MASSIGNAM, Fernando Mendes. **EXPRESIONES DE SOLIDARIDAD EN LA PRODUCCIÓN ACADÉMICA DE LA POST-GRADUACIÓN EN SALUD COLECTIVA BRASILEÑA: Análisis de tesis de doctorado del cuatrienio 2013-2016.**- Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Florianópolis, SC, 2017.

RESUMEN

La solidaridad y los valores que ancla nacen de la sensibilidad y de la percepción de la interdependencia humana como una necesidad para preservar la vida en el planeta. La solidaridad universal puede unir a la comunidad humana en la defensa de todos los ciudadanos del mundo y se manifiesta a partir de acciones, interacciones o fenómenos sociales que están impregnados de la pluralidad moral relativa al contexto social. En esa dirección, la Salud Colectiva representa una posibilidad de reconfiguración para la sociedad, teniendo la salud como eje de transformación y la solidaridad como valor estructurante. Su producción académica y científica se ha dedicado a cuestiones que pueden ayudar en la reducción del sufrimiento humano, en la elevación de la conciencia sanitaria y ecológica, en la preservación de la salud y en la defensa de la vida. Considerando la solidaridad un valor y un concepto imprescindible para pensar la salud colectiva brasileña, el objetivo de este estudio se enfocó en analizar las expresiones de solidaridad universal en la producción de conocimiento en el postgrado en Salud Colectiva brasileña, buscando identificar también las expresiones de valores pautados en la solidaridad, como la preocupación con los excluidos y el respeto al medio ambiente. Esta investigación, de naturaleza cualitativa, clasificada como exploratorio-analítica y de enfoque ético, consideró nueve programas de postgrado en Salud Colectiva, que totalizan 679 tesis de doctorado defendidas en el cuatrienio 2013-2016. Se seleccionaron 50 trabajos completos y cuatro resúmenes que señalaban algún aspecto o cuestión en la dirección de la solidaridad universal, a partir de dos dimensiones analíticas: 1) preocupación con los excluidos y; 2) preocupación por el medio ambiente. En el análisis pautado en la Hermenéutica Dialéctica, convergieron dos categorías analíticas: 1) el desvelamiento de iniquidades en grupos sociales excluidos, anclada en dos subcategorías: la desprotección del Estado y de la sociedad y la violación de los derechos humanos, y las discriminaciones como

generadoras de iniquidades; 2) responsabilidad ambiental como expresión de solidaridad de la Salud Colectiva, anclada en tres subcategorías: impactos al ambiente ya la salud de las personas, interdisciplinariedad en beneficio del medio ambiente y de la salud; y; temática ambiental y sanitaria relacionada a las políticas públicas. Los resultados apuntan que en la Salud Colectiva la solidaridad universal se expresa como valor estructurante para el desvelamiento y transformación de las desigualdades en la dirección de la mejora de las condiciones de vida y de la situación de salud de las poblaciones excluidas y discriminadas. También revelan problemas ambientales que además de los impactos a la Naturaleza ya la salud humana, derivan en procesos de marginación y exclusión de colectivos sociales relacionados a las iniquidades derivadas del modelo capitalista de producción. Aunque la insatisfactoria, la producción académica en la Salud Colectiva apunta a la necesidad del debate de la sostenibilidad, así como las estrategias sustentables se guiar en la solidaridad universal como valor fundante de la búsqueda de la mejora de las condiciones sociales y ecológicas, garantizando una vida plena para las generaciones futuras, en dirección a una sociedad democrática, igualitaria y justa.

SUMÁRIO

LISTA DE QUADROS	10
1 INTRODUÇÃO	12
2 MARCO CONTEXTUAL	21
2.1 A pós-graduação em Saúde Coletiva no Brasil	21
3 MARCO CONCEITUAL	29
3.1 Breve histórico do conceito de solidariedade	29
3.2 Os diferentes conceitos de solidariedade	34
3.3 Solidariedade e Ética Cívica	39
3.4 A solidariedade universal	43
4 PERCURSO METODOLÓGICO	45
4.1 Delineando o percurso	45
4.2 Contexto do estudo - delimitação do universo a ser pesquisado	46
4.3 O levantamento das informações	48
4.4 Seleção, organização e caracterização dos estudos analisados.	49
4.5 Análise das informações	52
4.6 Apresentação e discussão dos resultados	55
4.7 Aspectos éticos do estudo	55
5 MANUSCRITO 1 – SAÚDE COLETIVA E GRUPOS SOCIAIS EXCLUÍDOS: expressões da solidariedade universal na produção acadêmica da pós-graduação brasileira	57
5.1 INTRODUÇÃO	60
5.2 PERCURSO METODOLÓGICO	63
5.3 RESULTADOS E DISCUSSÃO	68
5.3.1 Desvelamento de iniquidades em grupos sociais excluídos	69

5.4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	78
5.5 REFERÊNCIAS	79
6 Manuscrito 2 – Responsabilidade Ambiental como expressão de Solidariedade na produção acadêmica da Saúde Coletiva Brasileira	85
6.1 INTRODUÇÃO	87
6.2 PERCURSO METODOLÓGICO	92
6.3 RESULTADOS E DISCUSSÃO	98
6.4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	111
6.4 REFERENCIAS	112
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS DA TESE	117
8 REFERÊNCIAS	120

LISTA DE QUADROS

- QUADRO 1 – Programas de pós-graduação acadêmicos em Saúde Coletiva selecionados para o estudo, distribuídos por Instituição de Ensino Superior, ano de criação do curso de doutorado, nota da avaliação, área básica e distribuição das teses de doutorado (DO) por ano de defesa no quadriênio 2013-2016. 48
- QUADRO 2 – Categorias e subcategorias oriundas do processo de análise 55
- QUADRO 3 – Teses analisadas que originaram a categoria analítica desvelamento de iniquidades em grupos sociais excluídos. 66
- QUADRO 4 – Teses analisadas que compõe a categoria responsabilidade ambiental como expressão de solidariedade 95

1 INTRODUÇÃO

A sociedade brasileira, nas últimas décadas, tem passado por grandes transformações e inúmeras mudanças que influenciaram sensivelmente a reformulação de algumas políticas públicas, assim como repercutiram em definições de novas políticas. Algumas dessas transformações foram frutos do movimento de luta de uma sociedade civil pela ampliação dos mecanismos de participação social, com objetivo de fortalecimento da democracia. Avanços conquistados nas últimas décadas podem ser demonstrados por índices de desenvolvimento social e pela ampliação da atenção à saúde com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Como uma sociedade em transição, atualmente, é possível constatar a coexistência de avanços no processo de emancipação social e na consciência crítica capazes de repercutir na cultura política do país e ajudar na construção de políticas mais justas e solidárias. Também é possível observar retrocessos ainda expressados pelas iniquidades e injustiças. Essas desigualdades, injustas, desnecessárias e evitáveis, ainda presentes no contexto brasileiro (FLEURY, 2011) não são prejudiciais somente à saúde dos grupos mais pobres, mas é fundamentalmente prejudicial à sociedade em seu conjunto. (BUSS e PELLEGRINI FILHO, 2006)

A deterioração das relações de solidariedade e confiança entre pessoas e grupos é um importante mecanismo através do qual as iniquidades têm um impacto negativo sobre a situação de saúde. Segundo Buss e Pellegrini Filho (2006) países com grandes iniquidades, escassos níveis de coesão social e baixa participação política são os que menos investem em capital humano e em redes de apoio social, que são fundamentais para a promoção e proteção da saúde individual e coletiva.

Apesar das conquistas ainda se observam grandes parcelas da população brasileira enfrentando problemas geradores de importantes iniquidades de saúde (BUSS e PELLEGRINI FILHO, 2006), responsáveis por incontáveis cacotanásias, termo empregado por Giovanni Berlinguer (2004) quando se refere às mortes previsíveis e evitáveis, manifestando o socialmente injusto e cronificado no tecido social brasileiro. A natureza e a extensão das iniquidades em saúde se configuram como demonstrações das extremas desigualdades sociais do processo de desenvolvimento desta sociedade. *A questão das desigualdades sociais e das iniquidades em saúde, para além de uma preocupação teórica e prática, constitui-se em um imperativo ético* (BARATA, 2001: 145).

O pioneirismo da área da saúde na democratização das relações entre Estado e sociedade civil ao longo da história pode ser observado em suas contribuições para a democratização das ações do Estado na construção do direito à saúde no Brasil contemporâneo (PINHEIRO, 2004). A ebulição dos movimentos sociais a partir da metade da década de 1970, as experiências locais como alternativas de organização de serviços de saúde, a presença de sanitaristas no planejamento de instituições de saúde e, sobretudo, o intenso debate e a apresentação de reflexões sobre as alternativas à hegemonia dos interesses mercantis na assistência médica previdenciária, tornaram-se os elementos essenciais para estabelecer a relação entre saúde, democracia e cidadania no país. O mote *saúde é democracia* guiou o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira no contexto da luta política pela redemocratização (ESCOREL, 1999).

Nesse contexto a Saúde Coletiva se configurou como uma nova área de conhecimento, e pode ser vista como um movimento ideológico que gerou um campo científico, com intenso desenvolvimento nas últimas décadas, e um âmbito de práticas contra hegemônicas, com contestações significativas em relação à saúde pública e ao modelo biomédico hegemônico (PAIM, 2006). *As dicotomias historicamente postas entre saúde pública e medicina, desde o século XIX, têm sido objeto de reflexão e de intervenção pelo campo da Saúde Coletiva no Brasil* (PAIM, 2006: 69). Não somente instituiu uma crítica ao universalismo naturalista do saber médico, mas, certamente, a saúde coletiva rompe com a concepção de saúde pública, negando o monopólio do discurso biológico (BIRMAN, 1991).

Desde sua emergência a Saúde Coletiva envolve-se com lutas teóricas, paradigmáticas, políticas e ideológicas, implicando repercussões na sua delimitação e renovação. Daí a relevância de revisitar o campo, a partir da sua produção científica, tecnológica, epistemológica e político-cultural. Espera-se que, além de um profícuo debate e da contribuição dos sujeitos individuais e coletivos, possam ser identificados caminhos que permitam tornar a Saúde Coletiva um campo cada vez mais aberto a novos paradigmas diante das necessidades de saúde, dos direitos humanos, de processos emancipatórios e da democratização da vida social (PAIM e ALMEIDA FILHO, 1998).

A institucionalização da Saúde Coletiva deu seus primeiros passos no início dos anos 70 do século passado (NUNES, 2006a; 2011; VIEIRA-DA-SILVA e PINELL, 2014), marcados pela proposta de estudar a organização social das práticas de saúde e o processo saúde-doença como processos históricos (NUNES, 2006b). *O repensar da*

saúde de maneira ampliada (NUNES, 2006a: 25) foi preparado ao longo da década de 1970, quando foram criados os primeiros cursos de pós-graduação (mestrado e doutorado) denominados de Medicina Social e de Saúde Pública e que posteriormente enquadraram-se no campo das ciências da saúde, com a denominação de Saúde Coletiva (NUNES, 2005; 2006a).

Fundamentalmente multiparadigmático e interdisciplinar, o campo da Saúde Coletiva é constituído por três grandes núcleos disciplinares, a saber: o das Ciências Sociais e Humanas, o da Epidemiologia e o da Política e Planejamento (NUNES, 2006a). Igualmente, reconhece no seu território uma diversidade de objetos e de discursos teóricos, sem assinalar em relação a eles qualquer perspectiva hierárquica (BIRMAN, 1991). Tanto em termos de suas práticas tecnológicas como suas formas de expressão acadêmicas dos produtos de seus saberes disciplinares e práticas, este campo é permeado pela complexidade oriunda de mediações não apenas teóricas, mas políticas, sociais e culturais, que considera a diversidade dos agentes institucionais que intervêm nas práticas e na produção desses saberes disciplinares (LUZ, 2009). *O campo da Saúde Coletiva é um dos mais férteis e avançados atualmente na árvore dos saberes disciplinares. Esta fertilidade provém de sua complexidade* (LUZ, 2009: 310).

De um modo geral, pode-se considerar que o desenvolvimento desta área constitui um projeto em andamento e, tanto em relação ao ensino como à pesquisa, há necessidade de aperfeiçoamentos (NUNES, 1992). Seus conteúdos disciplinares, suas formas de ensino e de produção acadêmica ainda desafiam docentes, pesquisadores, gestores, profissionais do cuidado e pós-graduandos desse campo de conhecimento (NUNES, 2011).

Com efeito, *um campo para ter vida requer um 'corpo moral'*, como afirma Schraiber (2008: 18), reconhecendo ética e politicamente a Saúde Coletiva como certo conjunto instituído de saberes e práticas. Nessa direção,

O trabalho em saúde coletiva, além das dimensões técnica, econômica, política e ideológica, envolve um componente ético essencial vinculado à emancipação dos seres humanos. Não se trata de um trabalho qualquer, mas de um conjunto de atividades eticamente comprometido com o seu objeto - as necessidades sociais de saúde. Este

trabalho, portanto, é integralmente perpassado por valores de solidariedade, equidade, justiça e democracia (PAIM, 2006: 107).

Valores não são estranhos à ciência e muito menos à saúde, e desta forma é impossível pensar em alguma esfera da experiência humana onde toda sorte de valores, afetivos, morais, éticos, individuais e coletivos não estejam presentes e desempenhem papel fundamental (CAMARGO JR., 2014; CORTINA, 2005). Contudo, o modelo de formação em saúde ainda predominante, na melhor das hipóteses, treina técnicos competentes, porém pouco comprometidos com as políticas públicas de saúde. Profissionais de saúde brasileiros, em maior parte, revelam-se desprovidos de uma visão crítica da sociedade e da saúde, com atitude pouco humanística e distanciada de valores imprescindíveis para o trabalho com as pessoas (ALMEIDA FILHO, 2013). Naomar de Almeida Filho, em publicação *online* (2014), reitera seu posicionamento e afirma: *Solidariedade e consciência cidadã são palavras-chave para garantir a saúde como direito de todos. A promoção desses valores encontra-se, basicamente, na educação, o que requer profunda mudança dos modelos de formação profissional em saúde.*

Nessa direção, Adela Cortina (2003; 2005) afirma que a educação atual falha em sua missão de educar em valores, considerando particularmente os valores éticos como a justiça, a solidariedade, a liberdade, o respeito ativo e a disponibilidade para o diálogo. São valores que compõem uma ética cívica, universalizáveis e dão um forte contributo para a humanização das relações entre as pessoas e com o ambiente. Eles correspondem àquilo que a filósofa espanhola considera a nossa maior riqueza cultural, o nosso *capital axiológico* (CORTINA, 2005: 181).

Os valores indicam as expectativas, as aspirações que caracterizam mulheres e homens em seus esforços de transcender a si mesmo e à sua situação histórica; como tal, marcam aquilo que deve ser em contraposição àquilo que é. A valoração é o próprio esforço de todos em transformar o que é naquilo que deve ser. Essa distância entre o que é e o que deve ser constitui o próprio espaço vital da existência humana (SAVIANI, 2007: 46).

Os valores morais, como integradores dos demais valores, são aqueles que dependem da liberdade humana. Não podem ser atribuídos a animais, plantas ou objetos inanimados, e sem sua presença a vida careceria de humanidade, ou seja, todos devem realizá-los para não

perderem a sensibilidade humana para resolução de problemas comuns (CORTINA, 1998; 2003; 2005). Valores humanizadores são valores morais, componentes fundamentais do mundo humano, que nos permitem analisar o mundo e modificá-lo para que possamos viver nele plenamente como pessoas. Correspondem a uma herança que deve ser veiculada pelas instituições de ensino, mas que serve igualmente como critério para avaliar algumas inovações, por exemplo, as resultantes das transformações científicas e tecnológicas (CORTINA, 1998; 2005). Assim, força as instituições de formação dos profissionais de saúde para manter uma posição ética em defesa da vida (GRANDA, 2004).

No processo histórico de constituição do campo da Saúde Coletiva, os valores éticos perpassam e orientam a crítica sistemática ao universalismo naturalista do saber biomédico. A aproximação das ciências humanas ao território da saúde passou a problematizar categorias como normal e anormal, por exemplo, produzidas pela biomedicina com o advento da sociedade industrial (BIRMAN, 1991). O discurso da Saúde Coletiva estabeleceu historicamente uma leitura crítica do projeto médico-naturalista, explorando formas de organização dos sujeitos sociais não redutíveis a partidos e sindicatos, capazes de dar vida aos sonhos e esperanças de criar civilizações ou novas formas de socializações pautadas em valores como o afeto, a solidariedade, a liberdade e a justiça (PAIM e ALMEIDA FILHO, 1998). Conciliar este "mundo subjetivo" com o "mundo da vida" através de uma ação emancipatória (HABERMAS, 1990) pode ser um dos maiores desafios para a práxis da Saúde Coletiva nos tempos atuais.

Nessa direção, a solidariedade é uma característica da sociabilidade que inclina as pessoas a se sentirem conectadas no cotidiano vivido. A atitude de solidariedade impede com sucesso o surgimento de oposição entre os interesses privados e do bem comum. É a solidariedade que transforma um agregado frouxo de indivíduos em uma comunidade. Mulheres e homens complementam sua coexistência física com uma moral, aumentando assim a sua interdependência para o posto de uma comunidade de sorte e destino (BAUMAN, 2013).

Entretanto, no cenário da sociedade brasileira, neste início do século XXI, no qual antigos problemas sociais, econômicos e sanitários continuam presentes, associados a novos desafios (NUNES, 2006b), é possível desconfiar que a debilidade dos laços de coesão social (BUSS e PELLEGRINI FILHO, 2006) frente a situações cotidianas iníquas e duradouras são manifestações da deficiência de solidariedade como responsabilidade social pelos mais fracos – excluídos e marginalizados, e em relação aos direitos da humanidade. *Foi a falta de solidariedade*

que lançou grande parte da população mundial na miséria econômica e cultural (CORTINA e MARTÍNEZ, 2005: 169). Assim, não se trata de um problema de natureza técnica, mas moral.

O enfrentamento dos problemas sociais supõe articular as disposições governamentais com as iniciativas sociais; os recursos institucionais, com as dinâmicas comunitárias; e a competência técnica com a sensibilidade humana. A aproximação entre a Bioética e a Saúde Coletiva pressupõe a construção de um conhecimento emancipador, democrático e solidário (SELLI, GARRAFA *et al.*, 2005) à disposição de um campo da saúde que se pretenda efetivo, democrático, humanizado e equânime (PAIM, 2003), premissas e valores que identificados como balizadores nos dois campos – Bioética e Saúde Coletiva (SELLI, GARRAFA *et al.*, 2005).

Num país marcado por profundas desigualdades, tanto culturais quanto materiais, cabe à Bioética procurar ampliar os espaços das pessoas em sua esfera específica de atuação e, com isso, contribuir na busca de uma maior justiça social (SELLI e GARRAFA, 2005). Assim, a proposta da solidariedade como valor incorporado à Bioética está ancorada por seu debate eminentemente crítico, e como fator agregador das forças civis, políticas e sociais (SELLI, GARRAFA *et al.*, 2005).

Ao encampar a solidariedade como um de seus valores, a bioética tem o intento de expressar que incorporou a diversidade moral como um dos fundamentos da eticidade moderna (SELLI, GARRAFA *et al.*, 2005: 59). A solidariedade, com a função de orientar as condutas das pessoas, é entendida por Selli e Garrafa (2006) como solidariedade crítica, valor ético central que motiva a auto-organização social, pautada por uma prática capaz de avaliar e aproximar o discurso sobre a igualdade e incorporá-lo à prática cotidiana, produzindo relações mais igualitárias entre homens e mulheres (SELLI e GARRAFA, 2005).

Diante a todas estas exclusões, caem por terra as “soluções” individualistas, egoístas e coletivistas, os cálculos mesquinhos, os legalismos sem coração. Só uma lúcida e sábia solidariedade é uma atitude eticamente acertada para acabar com a exclusão injusta e tornar partícipes dos bens da terra (materiais e imateriais) os que são seus legítimos donos: todas as pessoas (CORTINA, 2005: 205).

Assim, como valor moral, a solidariedade só acontece quando não é restrita nem grupal, o que Adela Cortina (2005: 192) chama de *solidariedade universal*, que se contrapõem ao individualismo, às *endogamias* e aos *comunitarismos excludentes*, e coloca a atitude combativa da vida acima de interesses ou caprichos pessoais, ou seja, a vontade de levar a sério as perspectivas dos outros e agir para fortalecê-la (CORTINA, 1998; CORTINA e MARTÍNEZ, 2005; GUNSON, 2009; ROSAS-JIMÉNEZ, 2011). O valor universal da solidariedade como atitude ou questão ética nasce da sensibilidade e percepção individual e geral da interdependência humana como um fato, uma necessidade para a vida da e na sociedade (ASSMANN e SUNG, 2000),

A solidariedade universal deve ultrapassar as fronteiras dos grupos e dos países, portanto, acontece quando as pessoas atuam pensando não só no interesse particular dos membros de um grupo, senão também de todos os afetados pelas ações do grupo, estendendo-se a todos os seres humanos, incluindo as gerações futuras, e que despertam para a percepção de novos valores como a paz, o desenvolvimento dos povos menos favorecidos e o respeito pelo meio ambiente (CORTINA, 1998; 2005; CORTINA e MARTÍNEZ, 2005).

Promover a possibilidade de construção de novas formas de viver, que respeitem o direito à diversidade cultural, as diferenças e à natureza, que promovam a igualdade entre seres humanos realmente livres, que se respeitem ativamente e estejam dispostos a resolver os problemas por meio do diálogo com aqueles com quem compartilham o mundo e a vida foram aprendidas historicamente como formas, não só de viver, mas viver bem, só é possível não sendo indiferente ao sofrimento dos outros (CORTINA, 1998; 2003; 2005).

O tecido social só se fortalecerá tendo a solidariedade como um valor indispensável e entrelaçado nas relações cotidianas (ASSMANN e SUNG, 2000). Este contexto de relações desejável é aquele em que cada ser humano cuida de si e dos outros e vai construindo uma forma de estar no mundo, onde cada um se reconhece como igual na sua diferença (CORTINA, 1998; 2005).

Muitos aspectos das sociedades contemporâneas ensinam lições sobre solidariedade e encorajam a todos a união de forças para “marchar de braço dado” (BAUMAN, 2013) acreditando que a *conjuntura intelectual do mundo de fato mudou radicalmente nas últimas décadas* (ALMEIDA FILHO, 2013: 1678). A sociedade brasileira experimenta uma nova configuração social complexa, com elementos de avanço no sentido de construção de uma sociedade democrática, solidária e socialmente desenvolvida. Apesar disso,

desafios e problemas têm sido gerados pelas escolhas e contextos nessa *conjuntura contemporânea, mutante e massiva*, que resulta na contradição que por um lado tem a redução de desigualdades econômicas e ampliação da participação de segmentos populacionais antes fora do alcance de políticas públicas, mas por outro lado apresenta o aumento discreto e camuflado de iniquidades sociais promovidas e negligenciadas pelo Estado (ALMEIDA FILHO, 2013: 1678).

A formação profissional e a produção acadêmica, no cenário social brasileiro contemporâneo, têm sido desafiadas a estabelecer outras formas de organizar saberes e de produzir conhecimentos, particularmente em um campo tão *dinâmico como a Saúde Coletiva* (ALMEIDA FILHO, 2013: 1678). *Estudar um campo de saberes e práticas é enfrentar o caráter transformador que ele apresenta em sua trajetória* (NUNES, FERRETO *et al.*, 2010: 1918). Nessa direção, os saberes e o conhecimento do campo da Saúde Coletiva são continuamente produzidos e reproduzidos coerentes com as correntes disciplinares que o fundamentam, em um processo dinâmico e construído coletivamente.

Como uma área consolidada no sistema da pós-graduação brasileira, a Saúde Coletiva atualmente conta com cursos de mestrado, acadêmico e profissional, e doutorado em 123 programas reconhecidos pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)¹ e em funcionamento.

Por ser eminentemente aplicada, e ter compromisso explícito com as transformações das condições sociais e de saúde da população brasileira, a pós-graduação em Saúde Coletiva precisa contribuir de modo significativo para a consolidação de formação profissional, garantindo a qualidade e o caráter formador desses programas sem confundi-los com a formação profissional especializada (BARATA e SANTOS, 2010).

A produção acadêmica e científica da Saúde Coletiva, nessa direção, tem se debruçado sobre análises das desigualdades e das iniquidades em saúde, a partir de perspectivas sócio históricas, assinalando a solidariedade como elemento organizador das relações sociais em saúde (NUNES, 2006b). A participação organizada dos grupos sociais, bem como o reconhecimento e o estímulo às iniciativas comunitárias, fundamentadas na solidariedade como um valor moral

¹ Informações disponíveis na página eletrônica da Plataforma Sucupira (<https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/programa/listaPrograma.jsf>; acesso em 03 de outubro de 2017).

universal, constituem possibilidades de redefinição de relações sociais que poderão auxiliar na redução do sofrimento humano, na elevação da consciência sanitária e ecológica, na preservação da saúde e na defesa da vida (CORTINA, 2005; PAIM e ALMEIDA FILHO, 1998).

Portanto, se a produção deste conhecimento tem o propósito de superar as contradições das desigualdades e iniquidades sociais e da saúde na sociedade brasileira, a solidariedade é o valor fundamental para promover a transformação das relações sociais assimétricas em relações de igualdade, pautadas no afeto e na cooperação, no convívio harmonioso com a Natureza, com a garantia de vida digna para todos os cidadãos do mundo e do Planeta.

Nessa direção, este estudo tem o propósito de revelar se e como a Saúde Coletiva, a partir das expressões de solidariedade, tem centrado sua produção acadêmica na preocupação com as desigualdades injustas, evitáveis e moralmente reprováveis decorrentes dos modos de organização da sociedade em que seres humanos são excluídos dos seus direitos elementares e os recursos naturais são explorados de forma irresponsável para manutenção do modo capitalista de produção, que tem se mostrado incompatível os valores humanizadores, como a solidariedade, para a produção de uma vida plena para todos.

Diante do exposto, a questão central do estudo, procura responder: **como a solidariedade universal se expressa na Saúde Coletiva brasileira? Tem como objeto a expressão deste valor na produção acadêmica da pós-graduação – teses de doutorado do quadriênio 2013-2016.**

Considerando o cenário e o marco teórico revelados na formulação do problema de pesquisa, essa tese de doutorado persegue o objetivo geral de analisar as expressões de solidariedade universal na produção de conhecimento na pós-graduação em Saúde Coletiva brasileira, buscando identificar também as expressões de valores pautados na solidariedade, como a preocupação com os excluídos e o respeito pelo meio ambiente.

2 MARCO CONTEXTUAL

2.1 A pós-graduação em Saúde Coletiva no Brasil

A constituição da saúde coletiva, tendo em conta os seus fecundos diálogos com a saúde pública e com a medicina social, tal como vem se concretizando desde a década de 1970. Na América Latina, e no Brasil em particular, empreendeu-se nas últimas décadas do século passado um trabalho de construção de novas teorias, enfoques e métodos da epidemiologia e da planificação em saúde, além de investigações concretas buscando a aplicação de métodos das ciências sociais no campo da saúde coletiva, que permitiu uma delimitação de um campo científico, em contínua construção, enquanto campo de conhecimento e âmbito de práticas (PAIM e ALMEIDA FILHO, 1998).

O campo teórico da saúde coletiva representa uma ruptura com a concepção de saúde pública, ao negar que os discursos biológicos detenham o monopólio do campo da saúde, representando uma reconfiguração decisiva para o conceito de saúde. Esta interpretação tem sérias consequências para o conceito de saúde e para a gestão política das práticas sanitárias: coletivo em substituição de público (BIRMAN, 1991).

A Saúde Coletiva latino-americana foi composta a partir da crítica à Medicina Preventiva, à Medicina Comunitária, à Medicina da Família, desenvolveu-se a partir da Medicina Social do Século XIX e pela saúde pública institucionalizada nos serviços de saúde e academia. Envolve um conjunto de práticas técnicas, ideológicas, políticas e econômicas desenvolvidas no âmbito acadêmico, nas organizações de saúde e em instituições de pesquisa vinculadas a diferentes correntes de pensamento resultantes de projetos de reforma em saúde (PAIM, 2006: 128)

Com origens no século XIX a *Saúde Coletiva é uma criação da pós-modernidade*, com o início de sua prática discursiva nos anos 1970 (NUNES, 2005: 14). O final da década de 1970 demarcaria os primeiros esforços para a produção de outros modelos de atenção à

saúde da população. Nesse período, se começou a questionar as bases teóricas, políticas e econômicas do fazer saúde no Brasil. O Brasil vivia os últimos anos da Ditadura Militar e estava sendo influenciado pelos movimentos internacionais que apontavam para outros modos de fazer saúde.

Enquanto campo de conhecimento, a saúde coletiva contribui com o estudo do fenômeno saúde/doença em populações enquanto processo social; investiga a produção e distribuição das doenças na sociedade como processos de produção e reprodução social; analisa as práticas de saúde (processo de trabalho) na sua articulação com as demais práticas sociais; procura compreender, enfim, as formas com que a sociedade identifica suas necessidades e problemas de saúde, busca sua explicação e se organiza para enfrentá-los. Enquanto âmbito de práticas, a saúde coletiva envolve determinadas práticas que tomam como objeto as necessidades sociais de saúde, como instrumentos de trabalho: distintos saberes, disciplinas, tecnologias materiais e não materiais, e como atividades intervenções centradas nos grupos sociais e no ambiente, independentemente do tipo de profissional e do modelo de institucionalização (PAIM e ALMEIDA FILHO, 1998).

Para Nunes (2005) a dificuldade para definir o campo da saúde coletiva está na imprecisão dos limites disciplinares, evidenciados na interface de áreas do conhecimento detentoras de especificidades teóricas e conceituais, procedentes das ciências biológicas, sociais, matemáticas, epidemiológicas e das humanidades que foram elaboradas ao longo dos séculos, no marco da cientificidade para o estudo da realidade cósmica e humana. É possível afirmar que *o trabalho teórico-epistemológico empreendido mais recentemente aponta a saúde coletiva como um campo interdisciplinar e não propriamente como uma disciplina científica, muito menos uma ciência ou especialidade médica* (PAIM e ALMEIDA FILHO, 1998: 309).

A definição de um marco conceitual para a saúde coletiva não implica a adoção de um quadro teórico de referência exclusivo e excludente, mas que apresenta dentre seus elementos significativos, segundo Paim e Almeida Filho (1998, p. 310), *a superação do biologismo dominante, da naturalização da vida social, da sua submissão à clínica e da sua dependência ao modelo médico hegemônico*.

Para Nunes (2006a), a ideia aditada ao entendimento do campo da Saúde Coletiva é a de um mosaico (conjunto formado por partes separadas, mas agregadas) cujas partes se aproximam quando a compreensão dos problemas ou a proposta de práticas se situam além

dos limites de cada "campo disciplinar", o que exige arranjos interdisciplinares e/ou, para além das disciplinas, com uma nova perspectiva de superação das fronteiras e dos limites. Ao abranger os grandes campos disciplinares que compõem a Saúde Coletiva, entende-se que esses arranjos e essas articulações se dão à medida que é necessário avançar nas barreiras das teorias e dos conhecimentos já consolidados para descrever, explicar ou interpretar a realidade de saúde.

Os cursos pioneiros do campo da Saúde Coletiva no Brasil foram os criados, em 1971, na Faculdade de Medicina da USP/Ribeirão Preto; em 1973, na Faculdade de Medicina da USP/SP; em 1973, na Faculdade de Medicina da UFBA; e, em 1974, o mestrado em Medicina Social do Instituto de Medicina Social da UERJ. Acompanhando a evolução histórica dos cursos de pós-graduação *stricto sensu*, que se incluem na ampla denominação de Saúde Coletiva, verifica-se que é a partir dos anos 1970 que se inicia a instalação dos primeiros cursos, sendo que a expressão "Saúde Coletiva" não era utilizada (NUNES, 2005).

Embora a institucionalização da Saúde Coletiva venha se firmando desde os primeiros cursos de pós-graduação que se instalaram no início dos anos 70, denominados de Medicina Social e de Saúde Pública, os conteúdos e as formas de ensino ainda desafiam os professores desse campo. Tais desafios apresentam-se de maneiras distintas, quer se trate da graduação quer da pós-graduação, e revelam muitas vezes as características daquelas áreas que não completaram o seu ciclo de formalização e, por se situarem num plano distinto das disciplinas biomédicas, jamais poderão se conformar aos esquemas rígidos dessas áreas em termos de modelos e técnicas de ensino. Inclui-se nesses desafios a produção de material didático que ofereça suporte às atividades didáticas, inexistindo, praticamente, manuais que formalizem esse campo de conhecimento. Há algumas coletâneas de textos, especialmente nas áreas das ciências sociais em saúde e planejamento em saúde, sendo que a epidemiologia, tanto no Brasil como em outros países, apresenta expressivo número de manuais. Este aspecto revela que, dentro do campo, há o que chamaríamos "diversidades pedagógicas", não existindo possibilidade de uma única forma de ensino (NUNES, 2011).

Adotar como referência as *práticas de saúde* para a elaboração de um projeto educativo propicia uma aproximação do ensino ao mundo do trabalho e, conseqüentemente, aos *serviços de saúde*. Com uma reflexão crítica sobre os modelos de atenção em

distintas conjunturas a partir da análise das relações sociais que permeiam tais práticas, implica considerar essas dimensões objetivas do trabalho no âmbito da Saúde Coletiva e sua inserção nas instituições (PAIM, 2006). Desde sua institucionalização, a Saúde Coletiva vem se fortalecendo como movimento que expressa sua permanente atenção às questões políticas da assistência à saúde (NUNES, 2011).

A ciência da Saúde Coletiva, produzida no âmbito acadêmico, pretende definir seu espaço de poder no Estado, mas não tem sido produzida a partir da prática do espaço social. As diferentes disputas disciplinares que estão presentes no campo não têm potência se não estiverem agregadas, e assim perdem o que a Saúde Coletiva apresenta de mais inovador: a integração de diferentes olhares para a construção de um conhecimento que seja diferenciado de outros já estabelecidos (LEAL e CAMARGO JUNIOR, 2012).

Para uma intercessão cada vez maior e mais profícua das diversas áreas com a saúde coletiva, é basilar que se tenha sempre cientistas de áreas sociais e humanas, pois de certa forma eles devem investir na capilarização da reflexão social e humana dos objetos de saúde, em diferentes níveis e em diferentes aspectos, com método e contextualização. Ainda há importantes desafios epistemológicos e práticos a serem enfrentados nas abordagens interdisciplinares, ainda tão pouco utilizadas e aprofundadas num campo que reúne várias racionalidades que dizem respeito à vida, ao adoecimento, à morte, a como as pessoas os pensam e os enfrentam, e como afetam a sociedade (MINAYO, 2013).

De forma geral, pode-se dizer que os desafios e dificuldades para determinar esse campo se situam, dentre outros, no fato de ser uma criação que extrapola os limites disciplinares e que se apresenta nos objetos fronteiros de áreas do conhecimento detentoras de especificidades teóricas e conceituais, procedentes das ciências biológicas, sociais, matemáticas, epidemiológicas e das humanidades que foram elaboradas ao longo dos séculos, no marco da cientificidade para o estudo da realidade cósmica e humana (NUNES, 2005).

No âmbito dos processos de reprodução (ensino/formação) da saúde coletiva enquanto campo de conhecimento com facilidade reconhece-se o potencial da fractalidade como princípio organizador do seu âmbito de práticas. Por um lado, em uma perspectiva dialética, a prática da saúde coletiva será "minimalista" e

localizada e ao mesmo tempo holística e globalizante. Por outro lado, em uma perspectiva pragmática, a saúde coletiva enquanto âmbito de práticas se constituirá em um permanente processo de autocriação, balizada primordialmente pelos seus efeitos concretos sobre a realidade de saúde (PAIM e ALMEIDA FILHO, 1998: 313).

Assim, atender as necessidades de um campo em construção e constante transformação demanda uma pauta de ação que atenda à qualificação das necessidades sociais em saúde, não apenas como carências, mas como ideais, projetos, meios e atividades necessárias para atender a tais necessidades, a partir de novas relações técnicas e sociais. Redefinir as práticas de Saúde Coletiva fundamentadas na interdisciplinaridade como promotora da edificação de um conhecimento ampliado da saúde, no qual prosseguem atuais os desafios de trabalhar com as dimensões qualitativas e quantitativas, sincrônicas e diacrônicas, objetivas e subjetivas. Igualmente, não existe a possibilidade de uma única formulação teórica e metodológica quando espaço, tempo e pessoa não são simplesmente variáveis, mas constituem parte integrante de processos históricos e sociais (NUNES, 2005).

É essencial, que a área de Saúde Coletiva tenha sempre cientistas de formação das áreas sociais e humanas, pois são insubstituíveis na função *de enfrentar os paradoxos e as contradições de certos temas desafiantes; de desnaturalizar e de problematizar questões que o setor abraça de forma acrítica; e de investir na capilarização da reflexão social e humana dos objetos de saúde, em diferentes níveis e em diferentes aspectos, sem purismo, mas com método e contextualização* (MINAYO, 2013: 29).

Consta-se que, na última década, a grande área da Saúde Coletiva expandiu-se ao interior de suas três subáreas (epidemiologia, Política, planejamento e gestão de sistemas e serviços de saúde, e ciências sociais e humanas em saúde), incorporando linguagem, métodos e contribuição conceitual das humanidades, isto é, de disciplinas tanto teóricas como aplicadas de sociologia, antropologia, filosofia, psicologia, psicologia social, história, direito, serviço social, bioética e educação (LUZ e MATTOS, 2010).

Com efeito, ainda há importantes desafios epistemológicos e práticos a serem enfrentados do ponto de vista do método, como por exemplo, as abordagens interdisciplinares ainda tão pouco utilizadas e

aprofundadas num campo que reúne várias racionalidades. Com relação às bases teóricas, é possível dizer que qualquer tema de saúde é também assunto das ciências sociais e humanas, uma vez que todos dizem respeito à vida, ao adoecimento, à morte, a como as pessoas os pensam e os enfrentam e ao que a sociedade e o setor fazem para gerenciá-los (MINAYO, 2013).

Dessa forma, é imprescindível problematizar o extraordinário avanço científico contemporâneo, sobretudo o das áreas da biologia e da genética, que passaram a modificar uma série de certezas anteriores. As práticas biotecnológicas passaram a romper, inclusive, os contornos do paradoxo entre natureza e cultura. Entretanto, os problemas persistentes da área que exigem investimento, como é o caso das doenças endêmicas e infecciosas, o aumento de doenças e agravos marcados pelo estilo de vida (cardiovasculares, neoplasias, diabetes, violências, obesidade, abuso de drogas), a medicina midiática e as questões ambientais que afetam a sociedade (MINAYO, 2013).

É necessário refletir como estamos conduzindo a produção científica no campo da Saúde Coletiva, questionando o atual contexto que prioriza uma maior adequação às regras de produtivismo vigentes e incorporados no modelo de avaliação em detrimento da criatividade, da inovação e do impacto social (IRIART, DESLANDES *et al.*, 2015). É fundamental que esta produção esteja alinhada com os valores estruturantes da Saúde Coletiva, numa perspectiva crítica na abordagem das desigualdades e inequidades em saúde e o compromisso com a construção do Sistema Único de Saúde (SUS), valendo-se de um olhar ampliado sobre o processo saúde-doença, no qual a abordagem das várias subáreas (e disciplinas auxiliares) contribui para a construção de uma visão complexa, multidimensional e enraizada em contextos socioculturais, históricos, econômicos e políticos (NUNES, FERRETO *et al.*, 2010).

Apesar de partilharem valores e confluírem para objetivos comuns na produção de conhecimento, os três subcampos constituintes da Saúde Coletiva possuem diferentes perspectivas epistemológicas, teóricas e metodológicas para a análise da relação saúde-doença-atenção, gerando culturas acadêmicas distintas, com processos de trabalho e tempos diversos para a produção do conhecimento científico (NUNES, FERRETO *et al.*, 2010). Esta heterogeneidade, que caracteriza a Saúde Coletiva, é parte de sua riqueza e se revela fundamental para abordar a complexidade do objeto saúde (IRIART, DESLANDES *et al.*, 2015).

A exigência de produtividade científica não é exclusividade da ciência brasileira e vem sendo questionada e discutida em várias áreas do conhecimento, em diversos países. Seria desejável, por fim, conter a corrida desenfreada pela publicação. O estímulo à publicação desenfreada está se tornando danoso para a própria produção científica; portanto, talvez seja o caso de se estabelecer alguma pactuação sobre o que seria, afinal, uma produção razoável (IRIART, DESLANDES *et al.*, 2015).

Nessa direção, a pós-graduação em Saúde Coletiva ainda enfrenta diversos problemas que necessitam da cooperação entre todos os interessados: docentes, pesquisadores e alunos, para aprimorar-se e poder efetivamente responder às necessidades do país e de sua população no Brasil. Ainda que, por comparação com outras áreas do conhecimento seja relativamente contemporânea, apresenta nível de desenvolvimento compatível com o conjunto das áreas do conhecimento, em especial com as áreas que compõem a Grande Área da Saúde (BARATA, 2008). Apesar disso,

Talvez muitos me dirão que se trata de um sonho impossível querer mexer na matéria dura que conformou o discurso e a prática da saúde coletiva. Argumentarei que não, pois foram companheiros nossos que redefiniram o rumo dessa área. Sua força vital, ainda em plena atividade, pode impulsionar um salto qualitativo, exacerbando o papel histórico de sujeitos individuais e coletivos, que mesmo conhecendo os constrangimentos, as determinações, as estruturas rígidas as usaram para ousar: "não sabendo que era impossível, foi lá e fez" (autor desconhecido) (MINAYO, 2001: 18).

3 MARCO CONCEITUAL

3.1 Breve histórico do conceito de solidariedade

A ideia de solidariedade no pensamento ocidental teria origem em duas vertentes: o estoicismo, escola de filosofia helenística fundada em Atenas no início do século III a.C., e o cristianismo primitivo (ABBAGNANO, 2007; ALVES, 2008). O termo solidariedade origina-se do latim *solidarium*, e etimologicamente, a palavra solidariedade tem raízes latinas: *in solidum*, *soldum*, significando aquilo que é inteiro, compacto (REICHLIN, 2011; ROSAS-JIMÉNEZ, 2011). Esse sentido era a concepção clássica que o direito romano apresentava acerca da *obligation in solidum*. Os juristas romanos também utilizavam a palavra solidariedade na chamada responsabilidade *in solidum*, ou seja, a responsabilidade solidária, para designar o laço que une os devedores de determinada dívida, cada um sendo responsável pelo todo (ALVES, 2008).

A solidariedade, termo derivado da palavra latina "*solidare*", significa "unir-se" e é este elemento de ser unido ou ligado de alguma forma que é o tema que une, muitas vezes de forma muito vaga, os diferentes usos históricos e contemporâneos (GUNSON, 2009; ROSAS-JIMÉNEZ, 2011). A origem mais próxima do termo está no idioma francês do século XVII, onde apareceu pela primeira vez o adjetivo solidário (ROSAS-JIMÉNEZ, 2011). A solidariedade aparece no século XVIII no pensamento sociopolítico da França e é defendida nas encíclicas sociais do período (SCHRAMM e KOTTOW, 2001).

A compreensão pré-moderna de solidariedade se fundava no amor altruísta ao próximo, tendo sua origem nos termos fraternidade e irmandade (WESTPHAL, 2008) fortemente influenciada pela igreja católica. Na prática, a igreja católica sempre tendeu a confundir solidariedade com subsidiariedade, ou seja, *o princípio de que apenas cabe ajuda àqueles indivíduos com limitação em sua capacidade de prover o próprio sustento, dada a prioridade absoluta conferida ao assistencialismo* (STOTZ, 2003: 355).

As ideias de caridade e de filantropia, no sentido de um dever de prestar ajuda àqueles que passam necessidades são apresentadas, na Modernidade, através das Declarações de Direitos, como na Declaração Francesa de 1793 que reconhece a necessidade da ajuda social. Neste sentido, a noção de um "dever de assistência" desenvolveu-se progressivamente no curso do século XIX (ALVES, 2008).

Desta forma há uma solidariedade antiga, muito próxima da caridade e da filantropia, que mais se preocupa somente em “dar”, em “ajudar”, no sentido de aliviar mais a consciência, de quem “ajuda”, do que efetivamente resolver o problema do “ajudado”. Isto não só ocorre entre empresários que fazem doações e filantropia, pessoas ricas que fazem caridade, mas também com políticas públicas que são assistencialistas, reguladoras e mantenedoras do *status quo* (DEMO, 2002).

Na Revolução Francesa, o ideal da fraternidade, contraposto ao individualismo e ao egoísmo burguês, possuía características da solidariedade como se conhece hoje (SELLI e GARRAFA, 2006). Contudo, foi no pensamento anarquista que a solidariedade encontrou um amplo espaço para a explicação de um atributo usual em nossa espécie: as relações de ajuda mútua e apoio são instintivas, e, por isso, a solidariedade é uma parte da herança evolucionária humana (KROPOTKIN, 1902). Como assinala Kropotkin (1902), na perspectiva anarquista, a associação entre os indivíduos parte da ideia de uma interdependência “natural” que, uma vez rompida, põe em perigo a própria possibilidade de manter um corpo social estável, definindo a solidariedade como noção moral.

O liberalismo utópico do século XVIII, preocupado em retirar os obstáculos postos à liberdade, sofre, neste sentido, um importante deslocamento. Se antes, o alvo da luta dos liberais era a destruição das regulações sociais arcaicas e do antigo sistema de privilégios, ao final do século XIX a questão a ser enfrentada foi a do risco de dissolução do tecido social (CASTEL, 1998). Como reflexo da revolução industrial, frente a desagregação das formas tradicionais de solidariedade social, coube ao Estado ampliar sua participação na assistência social como forma de compensar a desagregação causada pela modernização econômica (SELLI e GARRAFA, 2006).

No período Pós-Revolução Industrial, como consequência da exploração do mais fraco pelo mais forte, surgiram teorias socialistas como forma de contraposição às injustiças sociais e de assegurar melhores condições de trabalho à classe operária, verificando-se produção intelectual intensa no sentido de prover o necessário suporte (DURKHEIM, 1999).

A concepção marxiana de solidariedade se firmou nos anos 1860 com a significação de solidariedade dos trabalhadores. Esta concepção de solidariedade de classe permeou e desenvolveu-se, sobretudo, no ideário socialista, com a Primeira Internacional dos Trabalhadores, realizada em 1864, que demandou solidariedade entre

trabalhadores de diferentes profissões e países, partindo da premissa, de que ações solidárias sobre a base de experiências comuns de exploração e subordinação colocam o instrumento adequado para superação das relações capitalistas de exploração: a conexão social dos indivíduos (WESTPHAL, 2008; ZOLL, 2007).

A história social do século XIX revela a emergência de uma problemática radicalmente nova: a despeito do progresso e da riqueza alcançados com a dinâmica de produção capitalista industrial, surge uma “vulnerabilidade de massa”, como pondera Castel (1998). A incerteza, a precariedade e as novas formas de instabilidade social continuam a crescer *pari passu* ao processo de industrialização. Uma grande parcela da população é continuamente lançada na penúria, desafiando o “otimismo liberal”. Assim, a “questão social” emerge revelando a miséria não como algo acidental, mas como uma face da civilização moderna industrial (CASTEL, 1998).

Com a emergência da sociedade industrial, emergem os problemas postos pela ruptura das formas de produção familiar, pela precariedade das novas ocupações e pela baixa qualificação dos trabalhadores. Desta forma, o fenômeno multifacetado do pauperismo do século XIX é produto da incapacidade de satisfazer novos desejos e novas necessidades, criando paradoxalmente, situações de pobreza mais dramáticas tanto em países como a Inglaterra quanto em regiões menos desenvolvidas da Europa, como Portugal (MAGALHÃES, 2001)

No final do século XIX a solidariedade estabelece numa nova maneira de pensar a relação indivíduo-sociedade, indivíduo-Estado, diferenciando-se das ideias de caridade e de filantropia (ALVES, 2008). A lógica da solidariedade se traduz por uma nova maneira de pensar a solidariedade através de uma política concreta, e não apenas por um sistema de proteção social (DURKHEIM, 1999). Os indivíduos são vistos como membros de uma unidade e ligados uns com os outros por objetivos comuns e, assim, a solidariedade entre os indivíduos no processo produtivo deriva à união do corpo social (ALVES, 2008).

O surgimento de uma doutrina solidarista ao final do século XIX e, consequentemente, a busca de novas regras de justiça social, influenciou a filosofia social e a política social francesas e a doutrina social da igreja católica, na busca de um contraponto ao individualismo liberal, e teve profundo impacto no desenho das políticas sociais (MAGALHÃES, 2001; SELLI e GARrafa, 2006; WESTPHAL, 2008). Apesar de não haver uma visão unitária do solidarismo, neste a solidariedade tem um conteúdo ético-normativo, objetivando a formulação de uma alternativa nos planos social, econômico e político,

com um sentido consensual e universal (WESTPHAL, 2008). Assim, a temática da solidariedade cultivou a transformação das formas de intervenção pública em torno da miséria e da destituição, manifestando uma nova compreensão de pertencimento social (MAGALHÃES, 2001).

A partir desse período emerge a importante constatação de que defender interesses de forma associada, em grupo, é uma eficaz estratégia no alcance dos objetivos individuais. Foi nessa época que os sindicatos e outras formas associativistas desempenharam relevante papel no restabelecimento da justiça social, corrigindo graves distorções, derivadas do Estado liberal e da Revolução Industrial. O homem finalmente percebe que enquanto o individualismo o enfraquece, a vida em sociedade o fortalece (DURKHEIM, 1999).

A associação do vocábulo solidariedade à benevolência, dever para com o próximo, luta por uma sociedade de cidadãos iguais deu-se a partir do século XIX, em virtude das mudanças ocorridas com a Revolução Industrial, fortemente influenciada pelo cristianismo (ABBAGNANO, 2007).

Nessa direção, Westphal (2008: 44) afirma que a *solidariedade é uma categoria dos tempos modernos e, na sua concepção atual, surgiu no início do século XIX, como resposta às realidades decorrentes da sociedade industrial*. Um dos usos mais conhecidos do conceito é o do sociólogo francês Emile Durkheim (1999) que usou o termo para se referir ao "laço social" que ponderava como essencial para o bom funcionamento da sociedade. Para Durkheim (1999) a sociedade era mantida coesa graças a duas forças de unidade denominadas de solidariedade mecânica e solidariedade orgânica.

Embora o princípio de solidariedade estabelecido ao final do século XIX, implique na responsabilidade individual também demarca a participação de todos na garantia do bem estar, e o papel do Estado como responsável pela materialização da solidariedade através de mecanismos e estratégias próprios de repartição dos bens e serviços sociais. Assim, o século XX irá se deparar, tanto com o desafio de construir sistemas redistributivos capazes de impedir o crescimento das desigualdades, em um contexto de generalização do mercado, como também com os riscos de desagregação da solidariedade social. O problema da restauração de vínculos sociais, dos laços de interdependência e da solidariedade entre os indivíduos que marca o percurso da modernidade, neste aspecto, permanecerá atual (MAGALHÃES, 2001).

Após a Segunda Guerra Mundial, A Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948 apresenta evidentes traços solidarísticos,

embora não contenha literalmente (ROSSO, 2008). Entretanto, na Europa pós-guerra o princípio da solidariedade como redistribuição com base nas necessidades humanas e não mais condicionado a determinados fatores, como idade, sexo, estado de saúde, renda ou classe, foi alcançado com a universalização do sistema de proteção social na constituição dos Estados de Bem-Estar Social, na Inglaterra e países nórdicos (STOTZ, 2003).

Mais recentemente, a afirmação da solidariedade ficou definitivamente assentada com a aprovação da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da UNESCO (DUBDH), em 2005, em que aparece como artigo 13 do capítulo dos “Princípios” com o título “Solidariedade e cooperação” a seguinte redação: “A solidariedade entre os seres humanos e a cooperação internacional para este fim devem ser estimuladas”. Por um lado, sabe-se que as decisões em torno de ações de solidariedade são na maioria das vezes exercidas por sujeitos que têm seus lugares de decisão atravessados por historicidades que nem sempre os levam a optar pelas pessoas historicamente desfavorecidas. Mas, por outro, a inclusão da solidariedade como princípio em um importante documento construído coletivamente sob a chancela da comunidade mundial de nações acaba ganhando uma nova visibilidade e aplicação, dependendo do nível de politização e comprometimento coletivo dos agentes que a utilizam (NASCIMENTO e GARRAFA, 2011)

No entanto, o próprio texto do DUBDH utiliza a palavra "solidariedade" apenas três vezes. Os dois primeiros usos relacionam com o título e o conteúdo do Artigo 13 - "Solidariedade e cooperação" – e o terceiro aparece na cláusula 3 do artigo 24.º, "Cooperação internacional". O conteúdo do artigo 13 é simplesmente "Solidariedade entre os seres humanos e a cooperação internacional para esse fim deve ser incentivada". Este é bastante incerto quando se quer saber o que, exatamente, está sendo argumentado (GUNSON, 2009).

A humanidade, desde a Antiguidade, sempre oscilou entre o individualismo e a necessidade de viver em sociedade, evidenciando-se, dessa forma, uma constante tensão entre indivíduo-sociedade, responsável por alternar o pensamento humano entre dois polos opostos: de um lado, a crença na suprema relevância do individualismo como pressuposto da liberdade e conseqüente satisfação pessoal; de outro, a convicção da necessidade da vida em sociedade por acreditar na sinergia decorrente da adesão da vontade individual à vontade do grupo social (DURKHEIM, 1999).

O tema da solidariedade tem várias interpretações no mundo de hoje e está presente desde a Antiguidade, passando pela filosofia política do Iluminismo, que via na solidariedade a capacidade de manter unida uma coletividade composta de indivíduos isolados até, mais recentemente na Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da UNESCO, em 2005 (NASCIMENTO e GARRAFA, 2011; SELLI e GARRAFA, 2006).

3.2 Os diferentes conceitos de solidariedade

Em diferentes momentos históricos, o laço social seria sustentado por diferentes tipos de solidariedade. O conceito de Durkheim (DURKHEIM, 1999) é um conceito de solidariedade social, sem a qual não haveria uma vida social, sendo esta solidariedade do tipo mecânica, baseada no princípio das semelhanças, e a solidariedade orgânica, que se baseia nas diferenças entre os indivíduos e na afirmação da individualidade.

A solidariedade do tipo mecânica depende da extensão da vida social que a consciência coletiva (ou comum) alcança. Quanto mais forte a consciência coletiva, maior a intensidade da solidariedade mecânica. Aliás, para o indivíduo, seu desejo e sua vontade são o desejo e a vontade da coletividade do grupo, o que proporciona uma maior coesão e harmonia social. Na solidariedade orgânica ocorre um processo de individualização dos membros dessa sociedade, os quais assumem funções específicas dentro dessa divisão do trabalho social. Para Durkheim (1999), cada pessoa é uma peça de uma grande engrenagem, na qual cada um tem sua função e é esta última que marca seu lugar na sociedade, criando-se condições de sociabilidade bem diferentes daquelas vistas na solidariedade mecânica, havendo espaço para o desenvolvimento de personalidades. Os indivíduos se unem não porque se sentem semelhantes ou porque haja consenso, mas sim porque são interdependentes dentro da esfera social.

Tanto a solidariedade orgânica como a mecânica tem em comum a função de proporcionar uma coesão social, isto em uma ligação entre os indivíduos. Enquanto nas sociedades mais simples de solidariedade mecânica prevaleceriam regras não escritas, mas de aceitação geral, nas sociedades mais complexas de solidariedade orgânica existiriam leis escritas, aparatos jurídicos também mais complexos. Durkheim procurou compreender a solidariedade social (e suas diferentes formas) como fator fundamental na explicação da

constituição das organizações sociais, considerando para tanto o papel de uma consciência coletiva e da divisão do trabalho social (DURKHEIM, 1999).

No Dicionário de Filosofia, Abbagnano (2007: 929) traz, entre outras definições, o conceito de solidariedade como sendo “assistência recíproca entre os membros de um mesmo grupo”, podendo ser também “criação histórica de indivíduos capazes de identificar-se com a vida alheia [...]”. A solidariedade nada mais seria do que uma identificação entre indivíduos mais ou menos próximos, que se reconhecem como fazendo parte de um mesmo grupo. Nesse sentido, atos de solidariedade ocorrem quando aqueles com quem se solidariza são reconhecidos como “um de nós”, e o “nós” refere-se a algo bem mais simples do que uma “natureza”, ou uma “raça” humana. Para Rorty (2007), solidariedade é um conceito etnocêntrico, pois não se fundamenta em nenhuma natureza humana.

Para se contrapor à ideia de que a solidariedade seria um fenômeno que expressasse um núcleo humano essencial, Rorty (2007) sustenta-se numa noção de “*intenções-nós*”. Tal conceito aponta para o caráter circunstancial, e, portanto, contingente que envolve os atos ditos solidários que elevam as obrigações morais acima da história e das instituições. A ideia central é: o que garante a possibilidade da solidariedade é o reconhecimento da alteridade, isto é, do outro como “um de nós”, com sensibilidade à dor do outro, que pressupõe conhecer a realidade do outro e reconhecê-lo como estando próximo, sendo sensível a seu sofrimento (RORTY, 2007: 312-3).

Assim, a solidariedade depende de semelhanças e dessemelhanças e ainda que se rejeite a ideia de uma natureza humana, as semelhanças podem suplantar as diferenças entre os indivíduos e torná-los capazes de se reconhecerem entre si compartilhando algo comum a todos, ou pelo menos, ao maior número possível de pessoas. As pessoas encontram-se na solidariedade pela faculdade construtiva e criadora de imaginar e reorganizar os elementos comuns dos que compartilham o mesmo universo existencial – os humanos. (RORTY, 2007).

Philippe Perrenoud (2003) afirma que a solidariedade não é inerente ao ser humano individualmente considerado – “*ninguém pode ser solidário sozinho. A solidariedade é um fato social*”, e para as pessoas de boa vontade, a solidariedade parece mais simpática, mais humana, mais positiva que seu contrário. Porém, se todos estivessem de acordo sobre esse ponto, todos seriam solidários com todos, e não haveria nem guerra, nem miséria, nem desigualdades, nem dominações,

nem segregações, tampouco violências e exclusões (PERRENOUD, 2003). Não pode ser visto como solidário o cidadão que somente age em busca de seus próprios interesses sendo certo que a opção pela solidariedade implica também na renúncia de parcela de certas vantagens pessoais (ROSSO, 2008).

Na compreensão da Teologia da Libertação (TL), a solidariedade autêntica é a solidariedade entre desiguais. É uma solidariedade que postula transformações estruturais que corrigem as assimetrias existentes (SELLI e GARRAFA, 2006). É possível constatar uma grande importância sobre dois valores: a vida comunitária e a reciprocidade, e a solidariedade. Pelo primeiro, efetivam-se as relações interpessoais. Pelo segundo, a ajuda e apoio mútuos. Com isto, pode-se afirmar que a compreensão de solidariedade da TL pauta-se numa dupla dimensão: 1) como irmandade/fraternidade e 2) como reciprocidade exercida entre iguais, quais sejam, os excluídos, os dominados, os pobres. Assim, ambas são marcadas por uma concepção pré-moderna de solidariedade (WESTPHAL, 2008).

A ajuda mútua, ou solidariedade, também possui um papel fundamental na evolução. Kropotkin (1902) afirma: *“Se fizermos um teste indireto e perguntarmos à Natureza quem é mais apto, se as espécies que vivem constantemente em guerra ou as que se apoiam mutuamente, veremos de imediato que os animais que adquirem o hábito da ajuda mútua são os mais aptos”*.

Todavia, nas mais diversas exposições teóricas, podem ser identificados dois aspectos comuns: a) um substrato descritivo da solidariedade, constituindo-se na ideia da relação de reciprocidade entre os membros de um grupo e b) um outro substrato, uma base normativa da solidariedade, presente no cotidiano da política, da filosofia moral e em parte também na sociologia (WESTPHAL, 2008). Além destas, há as análises acerca da concepção da solidariedade no plano estatal, nas quais, a solidariedade recai no plano da política e torna-se processo social por intermédio da política social redistributiva (ZOLL, 2007).

Concepções acerca da solidariedade ocupam-se com aspectos descritivos e normativos, incorporando análises pautadas em sentimentos de pertencimento e vivência comunitários, e até análises vinculadas a princípios éticos no campo dos direitos legais. A questão acerca da integração da sociedade por meio da solidariedade, enquanto sentimento ou enquanto princípio de Estado continuará a ser tema teórico e empírico das ciências sociais, sendo sua compreensão relacionada aos crescentes processos de individualização, modernização e diferenciação da sociedade moderna. Para Westphal (2008) a

concepção da solidariedade apenas na sua dimensão relacional é insuficiente para a fundamentação normativa da política estatal. Além da dimensão cognitiva, do esclarecimento, a compreensão da ideia de solidariedade demanda reflexão acerca de suas finalidades, seu sentido ético-político.

A solidariedade desperta nos indivíduos e grupos como uma atitude que devem tomar frente a situações de desastres e eventos extremos, especialmente os veiculados sob forte influência dos meios de comunicação. Um dos exemplos atuais mais reforçados de relações entre desconhecidos, em escala mundial, pode ser verificado na forte corrente de solidariedade frente à tragédia asiática do final de 2004, quando toneladas de suprimentos foram remetidas em auxílio às vítimas dos tsunamis (BERTUCCI, 2010). É possível as pessoas se reconhecerem como iguais perante a dor e o sofrimento. A dor como algo que atinge a todos, sem distinção de caráter ou cultura, embora trilhando caminhos de compaixão, gera no sofrimento aquilo que apaga as diferenças entre os homens os deixa sob a mesma condição (RORTY, 2007)

A solidariedade supera o vínculo imediato do co-sofrimento na medida em que ela não é nem silenciosa nem gestual, mas sim precisa da mediação das palavras e do diálogo, para poder generalizar-se. É próprio da compaixão e da piedade igualar, borrar as diferenças entre os que sofrem, unificá-los sob o nome de infortunados. Uma estratégia que se apresenta como compassiva, conforme Caponi (1999), para poder exercer mais livremente seu poder constatará que existe uma solidariedade não enunciada entre a lógica própria da compaixão piedosa e essa racionalidade utilitarista, estruturada segundo parâmetros de urgência social e de bem estar geral, que está por trás das mais diversas instituições ou estratégias de controle. O discurso da solidariedade pode ser utilizado pelos dominadores sem muito esforço argumentativo, além do fato de que opressores podem ser solidários entre si (DEMO, 2002; NASCIMENTO e GARrafa, 2011). “ [...] *a solidariedade que produz ajuda assistencialista representa fantástico processo de imbecilização.*”(DEMO, 2002: 40).

As práticas ditas solidárias vêm sendo utilizadas como uma ideologia, visando o ocultamento dos problemas sociais e do controle social pelo capital mediado pelo Estado, constituindo-se um importante instrumento ideológico de subordinação passiva dos grupos sociais dominados, na especificidade da realidade brasileira.

Há outra solidariedade, a que liberta e a que emancipa, essa requer que o “ajudador” saiba entrar em cena, mas principalmente saiba sair de cena, e o “ajudado”, saiba que a solidariedade é um momento de

apoio, mas que ele precisa saber dispensar a ajuda, e ser autônomo, ser construtor de sua própria história, para não ficar escravo e devedor de ninguém. Nesta perspectiva a solidariedade não só dá, mas se compromete, e este “ajudar” é tido como provisório com vistas à superação, não é imediatista, nem assistencialista, é participativo, interativo, ensina a pescar o peixe, isto produz emancipação social, dignidade e mudança de vida, e liberdade (DEMO, 2002).

A solidariedade, com a função de orientar as condutas das pessoas, é entendida por Selli e Garrafa (2006) como solidariedade crítica, ou seja: solidariedade comprometida, interventiva – que visa à transformação social na busca de políticas públicas democráticas e equitativas – e produz mudanças em nível individual e coletivo. As mudanças entendidas como beneficentes para o indivíduo compreendem a busca da justiça. O sujeito da solidariedade, pela prática solidária crítica, estabelece relações que lhes possibilitam descobrir-se como sujeitos capazes de exercerem seus direitos políticos e civis, de liberdade e igualdade. Na medida em que o indivíduo se reconhece como sujeito que possui direitos e deveres, tanto no plano social quanto no político, terá as condições necessárias para fazer suas escolhas e responder pelas consequências de suas decisões.

A solidariedade crítica é o valor ético que motiva a prática voluntária orgânica; portanto, valor central que motiva a auto-organização social. Assim, em nível individual, a solidariedade crítica tem o papel de tornar o destinatário da ação solidária consciente de si mesmo, de seus direitos e deveres, como pessoa integrada na sociedade e como cidadão integrado na vida política. O comprometimento com o outro na vida em coletividade supõe abertura total às múltiplas dimensões da realidade, tanto do indivíduo como sujeito, quanto da realidade sociopolítica na qual ele está inserido e exerce seus papéis de pessoa e de cidadão (SELLI e GARRAFA, 2005; 2006).

A solidariedade crítica, como valor, é pautada por uma prática que seja capaz de avaliar e aproximar o discurso sobre a igualdade e incorporá-lo à prática cotidiana, produzindo relações mais igualitárias entre homens e mulheres (SELLI e GARRAFA, 2005). É a solidariedade comprometida, interventiva, que visa à transformação social na busca de políticas públicas democráticas e equitativas, e capaz de produzir mudanças tanto individuais quanto coletivas. Os sujeitos da solidariedade crítica estabelecem relações de liberdade e igualdade, possibilitando condições necessárias a todos os envolvidos para escolhas verdadeiras que tornam os envolvidos na ação solidária conscientes de si mesmos e integrados em sociedade (SELLI e GARRAFA, 2006).

Nessa direção Rosas-Jiménez (2011) propõem que existem três pilares para ser solidário: confluência entre as pessoas em busca de outros que estão em um estado frágil ou condição; a atitude combativa que irá superar as dificuldades para ajudar uns aos outros; e a reverência e o estranhamento que permitem uma clara consciência das necessidades das pessoas com as quais se é solidário.

A solidariedade desejada advém da solidariedade natural. Quando indivíduos reconhecem que a solidariedade natural pode gerar desigualdades, precisam acionar a solidariedade desejada, com vistas a corrigir falhas de desenvolvimento social. A solidariedade passa, então, a ser uma categoria ética para criar movimentos preventivos para efetivação de liberdade e de humanidade (WESTPHAL, 2008).

3.3 Solidariedade e Ética Cívica

Os distintos códigos morais devem abrir um diálogo sobre um mínimo de coincidência entre eles, sobre um mínimo comum de valores que sejam defendidos por todos os códigos e que sejam os fundamentos de suas especificidades enquanto códigos morais válidos para uma determinada sociedade. Esses mínimos coincidentes deverão ser os mínimos exigíveis a todos os códigos, aquém dos quais nenhum código moral pode estar, senão estaria abaixo da estatura moral que numa sociedade determina como a mínima aceitável. Com efeito, a maioria das sociedades pluralistas já sabe quais são esses mínimos coincidentes, tais como o valor da liberdade, da justiça, da igualdade, da solidariedade, do respeito, do diálogo, entre outros (CORTINA, 1998; 2008; CORTINA e MARTÍNEZ, 2005).

O pluralismo moral não requer a invenção de novos valores, mas de avultar aqueles valores morais já compartilhados, discuti-los publicamente e apresentar suas razões suficientes, reconsiderando todos os argumentos, favoráveis e contra, num diálogo atual e fundamentado em condicionantes históricos (CORTINA, 2005; 2008). *Ao pluralismo moral da vida cotidiana vem se somar a pluralidade de teorias éticas* (CORTINA, 2008: 142)

Nessa direção, Adela Cortina (1998; 2005; 2008) propõe uma ética cívica a partir de um contexto de diversidade de códigos morais e de uma demanda histórica de elaborar, no marco de um pluralismo axiológico, uma proposta ética que articule os mínimos de justiça, que devem ser resultado de um consenso razoável, e as concepções de vida boa ou projetos de vida feliz. Neste sentido, a ética cívica que é

justamente o ponto de articulação entre mínimos de justiça e máximos de felicidade, entre o justo e o bom (CORTINA, 2005; 2008).

A partir do conceito de ética cívica, Adela Cortina (2008) procura articular felicidade (máximos eticamente aconselháveis) e justiça (mínimos moralmente exigíveis) numa proposta ética que questiona sobre como fundamentar os valores e as atitudes morais mínimos a serem respeitados e ensinados para se comportar com justiça numa sociedade plural (CORTINA, 2008). Quando faz menção a mínimos morais se está se referindo a uma questão de justiça, que procura apontar como atender, com equidade e dignidade, às diferentes demandas e necessidades em sociedades pluralistas.

Uma ética cívica nasce justamente dessa tarefa e se identifica com valores comumente partilhados: “*ética cívica é o conjunto de valores e normas partilhadas pelos membros de uma sociedade pluralista, seja qual for eles ser suas concepções de vida boa, projetos de vida feliz*” (CORTINA, 2008: 145) É uma articulação entre uma ética de máximos de felicidade e uma ética de mínimos de justiça, e nisso consiste sua racionalidade moral específica: articular o que é justo e o que é bom (CORTINA, 2000).

A Ética Cívica, ética de mínimos ou éticas de justiça, fundamenta-se em valores morais que dependem da liberdade humana, tocando aos seres humanos realiza-los, e que sem sua presença, a vida careceria de humanidade, ou seja, todos devem realizá-los para não perderem sua humanidade. Como requisito para uma ética cívica destaca-se a importância da educação para os valores com vistas a interiorização dos valores da liberdade, da igualdade, da solidariedade, do respeito ativo e do diálogo como ação para resolução de problemas comuns. Porém, Cortina (2005: 181) afirma que essa não constitui uma seleção imutável, mas que deve ser composta pelos valores *fundamentais* que são *indispensáveis para a cidadania*.

Trata-se de valores que qualquer escola, pública ou privada, deve transmitir na educação, porque são os que durante séculos tivemos que aprender e que já fazem parte de nosso tesouro. Que sem dúvida os avanços técnicos são valiosos, mas podem ser dirigidos em diferentes sentidos, podem ser encaminhados para a liberdade ou para a opressão, para a igualdade ou para a desigualdade, e é a direção que lhes damos

que os converte em valiosos ou rechaçáveis. Por esse motivo podemos afirmar que nosso 'capital axiológico', nosso patrimônio em valores, é nossa maior riqueza. Um capital que vale a pena investir em nossas escolhas, porque gerará lucros substanciais em matéria de humanidade. (CORTINA, 2005, p. 181)

A proposta de uma ética cívica, associada ao conceito multifacetado de cidadania que não se reduz à sua dimensão política, foi constituída como uma resposta de solidariedade ao individualismo desenvolvido nas sociedades pós-industriais. Com o propósito de mostrar saídas para o que vê como o desencanto e o desalento expresso pelos teóricos da pós-modernidade, Adela Cortina (2008) destaca a existência de mínimos axiológicos partilhados pelas sociedades pluralistas: a liberdade, a igualdade, o respeito ativo, a solidariedade e o diálogo. Tais valores explicitam que todo cidadão precisa ver-se como sujeito participante do contexto social, sendo que, por participante, ela entende aquele que atua ativamente e age perante as mais diversas situações sociais da vida cotidiana, para que todos os cidadãos realmente se sintam *Cidadãos do mundo* (CORTINA, 2005).

Todas as pessoas, cidadãos do mundo, são responsáveis pela vida em sociedade e, por isso, podem fazer algo para recriar, resgatar e revalorizar a sensibilidade social e redescobrir o desejo do reconhecimento recíproco. A ambivalência e a ambiguidade da sociedade global contemporânea que tem de um lado a capacidade produtiva e de geração de riquezas virtuais e de outro a fragilidade do tecido social e graves problemas sociais que atingem bilhões de pessoas em todo mundo está nos mostrando que o ser humano está se convertendo no grande inimigo da humanidade (ASSMANN e SUNG, 2000).

O predomínio das relações competitivas e confrontativas apontam para a necessidade de superar visões automutiladoras na direção de uma teoria do desejo que inclua, junto à existência de propensões competitivas, uma radical propensão humana para o encontro e o reconhecimento solidário mútuo. É preciso urgentemente resgatar relações de solidariedade e de cooperação por trás do anseio que faz desejar a felicidade alheia como parte integrante da própria felicidade, por isso que faz o desejo de solidariedade se tornar uma

necessidade vital no interior de cada um, de cada grupo social e de cada sociedade (ASSMANN e SUNG, 2000).

Se o homem é aquele ser que tem dignidade e não preço, isso se deve ao fato [...] da realização da autonomia. A grandeza do homem não consiste em ser capaz de conhecimento, como pensava o aristotelismo, mas em ser capaz de vida moral, quer dizer, em ser capaz de se conduzir de tal modo que se torne digno de ser feliz, ainda que não chegue a sê-lo nesta vida; porque o sentido da existência humana já não seria o de alcançar a felicidade (embora cada um procure alcança-la segundo a própria noção que dela tiver), mas o da conservação e promoção do absolutamente valioso: a vida de todas e de cada uma das pessoas (CORTINA e MARTÍNEZ, 2005: 36).

Isso só é possível através de métodos dialógicos de educação moral, que superam os métodos doutrinários, fundamentados em valores como a autonomia e a solidariedade, sem os quais é impossível construir uma sociedade autenticamente democrática. É necessário buscar a formação de pessoas autônomas com desejo de auto-realização e com a capacidade para a interação solidária pautada no diálogo (CORTINA e MARTÍNEZ, 2005). *A solidariedade, no momento em que pressupõe a pluralidade humana, precisa da mediação do diálogo e da argumentação razoada* (CAPONI, 1999: 116).

O progresso moral que se dá em direção à “*maior solidariedade humana*”, na capacidade de considerar sem importância um número cada vez maior de diferenças tradicionais (de tribo, religião, raça, costumes etc.), quando comparadas às semelhanças concernentes à dor e à humilhação – a capacidade de pensar em pessoas extremamente diferentes de nós como incluídas na gama do ‘nós’ (RORTY, 2007).

Como um valor ético a solidariedade se traduz na forma de pré-ocupação, de cuidado consigo, com os outros, com a vida, com o ambiente, onde a igualdade de condições no respeito às diferenças sustenta a relação como compromisso, a responsabilidade com o outro e com o futuro. Antes de qualquer coisa, um valor que se atribui aos outros e à comunidade que os reúne. Em seguida, nas práticas que

traduzem esse valor em atos concretos: partilhar, ajudar, acompanhar, apoiar, aceitar, integrar, proteger, cuidar, preocupar-se, etc (PERRENOUD, 2003)

3.4 A solidariedade universal

A solidariedade é uma característica da sociabilidade que inclina as pessoas a se sentirem conectadas no cotidiano vivido. A atitude de solidariedade impede com sucesso o surgimento de oposição entre os interesses privados e do bem comum. É a solidariedade que transforma um agregado frouxo de indivíduos em uma comunidade. Mulheres e homens complementam sua coexistência física com uma moral, aumentando assim a sua interdependência para o posto de uma comunidade de sorte e destino (BAUMAN, 2013).

Assim, como valor moral, a solidariedade só acontece quando não é restrita nem grupal, o que Adela Cortina (2005: 192) chama de *solidariedade universal*, que se contrapõem ao individualismo, às *endogamias* e aos *comunitarismos excludentes*, e coloca a atitude combativa da vida acima de interesses ou caprichos pessoais, ou seja, a vontade de levar a sério as perspectivas dos outros e agir para fortalecê-la (CORTINA, 1998; CORTINA e MARTÍNEZ, 2005; GUNSON, 2009; ROSAS-JIMÉNEZ, 2011). O valor universal da solidariedade como atitude ou questão ética nasce da sensibilidade e percepção individual e geral da interdependência humana como um fato, uma necessidade para a vida da e na sociedade (ASSMANN e SUNG, 2000),

A solidariedade universal deve ultrapassar as fronteiras dos grupos e dos países, portanto, acontece quando as pessoas atuam pensando não só no interesse particular dos membros de um grupo, senão também de todos os afetados pelas ações do grupo, estendendo-se a todos os seres humanos, incluindo as gerações futuras, e que despertam para a percepção de novos valores como a paz, o desenvolvimento dos povos menos favorecidos e o respeito pelo meio ambiente (CORTINA, 1998; 2005; CORTINA e MARTÍNEZ, 2005).

Promover a possibilidade de construção de novas formas de viver, que respeitem o direito à diversidade cultural, as diferenças e à natureza, que promovam a igualdade entre seres humanos realmente livres, que se respeitem ativamente e estejam dispostos a resolver os problemas por meio do diálogo com aqueles com quem compartilham o mundo e a vida foram aprendidas historicamente como formas, não só

de viver, mas viver bem, só é possível não sendo indiferente ao sofrimento dos outros (CORTINA, 1998; 2003; 2005).

O tecido social só se fortalecerá tendo a solidariedade como um valor indispensável e entrelaçado (ASSMANN e SUNG, 2000). Este contexto de relações desejável é aquele em que cada ser humano cuida de si e dos outros e vai construindo uma forma de estar no mundo, onde cada um se reconhece como igual na sua diferença e na sua interdependência (CORTINA, 1998; 2005).

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Delineando o percurso

A complexidade do objeto pesquisado – as expressões de solidariedade na produção acadêmica da Saúde Coletiva – problematizado neste estudo desafiou à seleção de um método mais adequado e coerente com a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, relações e estruturas sociais, tanto no seu advento como na sua transformação como construções humanas significativas. Nessa direção, a abordagem qualitativa procurou trabalhar com o universo de significados, motivos e atitudes como expressões de valores, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que se orientam pela solidariedade, e desta forma, não poderiam ser abordados em toda a sua complexidade se fossem quantificados ou traduzidos em variáveis operacionais (MINAYO, 2008).

Uma abordagem qualitativa, de acordo com Denzin e Lincoln (2006), implica uma ênfase sobre as qualidades das entidades, sobre os processos e os significados que não são examinados ou medidos experimentalmente em termos de quantidade, intensidade ou frequência. A solidariedade, como um fenômeno social atravessado pela moral, ou melhor, pelas diversas morais, por si só não se presta à observação exata, nem à medida, e, portanto, necessita ser analisada a partir de um fator externo que a simboliza e a expressa. Assim, a competência da pesquisa qualitativa é o mundo da experiência vivida, por isso, todo trabalho de pesquisa que se define como qualitativo deve levar em conta a complexidade histórica do campo e o contexto do objeto pesquisado. “*Trata-se de um conjunto de práticas materiais e interpretativas que torna o mundo visível. Estas práticas transformam o mundo*” (DENZIN e LINCOLN, 2006: 3).

Este estudo, que se inscreve numa abordagem qualitativa de pesquisa, pode ser classificado como exploratório-analítico, de abordagem ética, o qual procura conhecer, detalhar e analisar as diferentes expressões que a solidariedade universal como um valor apresenta nas teses de doutorado dos Programas de pós-graduação em Saúde Coletiva brasileiros.

A pesquisa exploratória tem como *principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias* (GIL, 2008: 27). Segundo Gil (2002) a pesquisa exploratória têm como objetivo

proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito e, principalmente, promover o aprimoramento de ideias ou a descoberta de intuições. A opção de uma pesquisa exploratória possibilita uma visão geral de como a solidariedade universal se expressa, e, segundo o autor acima referido, a investigação exploratória pode ser a aproximação mais ampla sobre o tema. Como pesquisa analítica, que se assemelha com o que se denomina de explicativa, tem como preocupação central identificar os fatores que determinam ou que contribuem para a ocorrência dos fenômenos (GIL, 2002; 2008).

4.2 Contexto do estudo - delimitação do universo a ser pesquisado

A composição preliminar do universo de estudo considerou os programas e cursos de pós-graduação em Saúde Coletiva, que estavam disponíveis nos registros da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), avaliados e recomendados na Avaliação trienal 2013, que compreende o período de 2010 a 2012, segundo o documento de área disponível na página eletrônica da CAPES (<http://www.capes.gov.br/>), acessado em 30 de junho de 2015. Essas informações subsidiaram a elaboração do projeto de pesquisa apresentado no exame de qualificação. Entretanto, após este período, o Sistema Nacional de Pós-Graduação (SNPG) estava implementando uma nova base de informações, a Plataforma Sucupira, para coletar e avaliar a comunidade acadêmica, especificamente da pós-graduação (<http://www.capes.gov.br/avaliacao/plataforma-sucupira>).

Com o processo de atualização do sistema de informações da pós-graduação para a Plataforma Sucupira as informações ficaram mais acessíveis e mais atualizadas, e com a possibilidade de utilização de diferentes filtros de busca. Com isso foi possível acessar as informações dos Programas de Pós Graduação da área de Saúde Coletiva, referentes ao período mais atual, o quadriênio 2013-2016, específicas dos trabalhos de conclusão por programa e ano de defesa.

A partir da página eletrônica da Coleta Capes (<https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/programa/listaPrograma.jsf>), no campo Dados Cadastrais do Programa foi possível selecionar os programas acadêmicos da área de avaliação Saúde Coletiva, e em funcionamento. São 56 programas de pós-graduação nesta área de avaliação distribuídos em quatro áreas básicas: epidemiologia, medicina preventiva, saúde coletiva e saúde pública.

Dos 56 programas acadêmicos que constaram na seleção inicial, os programas disciplinares e temáticos não puderam ser considerados para este estudo, pois não se estruturaram nos três grandes espaços e formações disciplinares: as ciências sociais e humanas, a epidemiologia e a política e o planejamento, que se estabeleceram, não por simples convenção, mas como parte do processo de constituição da área de Saúde Coletiva, fundamentalmente interdisciplinar (NUNES, 2006).

Nessa direção, considerando a composição interna em áreas de concentração e linhas de pesquisa com base nos dados básicos de cada programa, foram incluídos os programas recomendados pela CAPES, em funcionamento no quadriênio 2013-2016 que contemplam os três eixos disciplinares do campo da Saúde Coletiva: Ciências Sociais e Humanas em Saúde, Epidemiologia e Política, planejamento e gestão de sistemas e serviços de saúde. Para a seleção deste estudo foram considerados os registros da atualização da Plataforma Sucupira, em 10 de março de 2017, disponível na página eletrônica (<https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/listaTrabalhoConclusao.jsf>; acesso em 12 de março do mesmo ano).

Os documentos com os dados básicos referentes a cada um dos programas selecionados foram acessados e analisados segundo o critério de apresentarem os três eixos disciplinares. Nesta etapa foi realizada pesquisa documental, segundo Gil (2002), com base em materiais já elaborados e que não receberam ainda um tratamento analítico, que determinou a seleção dos programas incluídos neste estudo. Trata-se dos documentos de “primeira mão” (documentos de arquivos) disponíveis na página eletrônica da Plataforma Sucupira que forneceram as informações necessárias para determinar o perfil, tempo de criação e trabalhos defendidos nos programas de pós-graduação em Saúde Coletiva no Brasil.

Também foram considerados como critério de inclusão para os Programas de pós-graduação em Saúde Coletiva aqueles que apresentam ao menos um trabalho de conclusão de doutorado em cada ano, o que excluiu três programas cujo nível de doutorado foi criado há pouco tempo, e assim não apresentam teses de doutorado defendidas ao longo do quadriênio analisado. Assim, o contexto deste estudo ficou definido na produção acadêmica de nove programas de pós-graduação, que totalizam 679 teses de doutorado defendidas no período analisado, e estão apresentados no Quadro 1, abaixo:

QUADRO 1 – Programas de pós-graduação acadêmicos em Saúde Coletiva selecionados para o estudo, distribuídos por Instituição de Ensino Superior, ano de criação do curso de doutorado, nota da avaliação, área básica e distribuição das teses de doutorado (DO) por ano de defesa no quadriênio 2013-2016.

IES	UF	Nota	Área Básica	Criação Doutorado	2013	2014	2015	2016	Total
USP	SP	6	SAÚDE PÚBLICA	1970	27	33	48	51	159
UFBA	BA	7	SAÚDE COLETIVA	1989	17	22	18	20	77
UERJ	RJ	7	SAÚDE COLETIVA	1990	13	19	21	20	73
FIOCrúz	RJ	6	SAÚDE PÚBLICA	1980	55	40	30	6	131
UNICAMP	SP	4	MEDICINA PREVENTIVA	1991	18	19	14	13	64
UFSC	SC	5	SAÚDE COLETIVA	2009	9	8	10	11	38
UFRJ	RJ	5	SAÚDE COLETIVA	2009	8	10	20	16	54
UNIFESP	SP	4	SAÚDE COLETIVA	2006	9	12	9	10	40
UFMA	MA	4	SAÚDE COLETIVA	2009	10	11	13	9	43
Total									679

Fonte: Plataforma Sucupira, 2017.

4.3 O levantamento das informações

Dentre os muitos aspectos que podem ser tratados sobre os cursos de pós-graduação, para este estudo a opção foi pela análise da produção acadêmica dos cursos *stricto sensu*, consideradas por Gil (2002: 64) como *fontes bibliográficas*. A produção acadêmica nos cursos pós-graduação, teses e dissertações defendidas, é considerada o resultado final da formação *stricto sensu* (NUNES, MARCONDES et al., 2010), e nesse estudo foram analisadas apenas as teses de doutorado no conjunto dos programas que caracterizam a área de Saúde Coletiva por se tratar de produções que envolvem um tempo e uma complexidade um pouco mais na sua construção.

Como técnica de pesquisa, para levantamento das informações referentes ao campo de interesse, foi utilizada a pesquisa em fontes bibliográficas (GIL, 2002; 2008), muito semelhante a pesquisa documental, diferindo apenas no tipo de fonte de informações analisada.

As teses são consideradas fontes bibliográficas, documentos de segunda mão, que de alguma forma já foram analisados como relatórios de pesquisa. (GIL, 2002: 46). Fontes desta natureza são muito importantes para a pesquisa, pois muitas delas são constituídas por relatórios de investigações científicas originais ou acuradas revisões bibliográficas (GIL, 2008).

O levantamento das informações foi realizado após a definição dos nove programas selecionados para este estudo, a partir do resultado da busca na página eletrônica da Plataforma Sucupira. Os títulos dos trabalhos de conclusão de doutorado foram organizados em planilhas eletrônicas catalogadas por Instituição de Ensino Superior (IES) e ordenadas por data de defesa. Todos os 679 títulos foram codificados com a sigla da IES e o número correspondente a linha na planilha daquele programa.

O resumo de cada trabalho, também disponíveis na Plataforma Sucupira, foi capturado em arquivo eletrônico e salvo no formato PDF (*Portable Document Format*), renomeado com o código correspondente ao título da tese.

4.4 Seleção, organização e caracterização dos estudos analisados.

Os trabalhos de conclusão de doutorado foram analisados inicialmente a partir dos títulos e leitura flutuante dos resumos de todas (679) as teses defendidas no período 2013-2016, dos nove programas de pós-graduação em Saúde Coletiva selecionados segundo os critérios de inclusão descritos para este estudo. Desse processo 172 trabalhos foram pré-selecionados, e os resumos lidos novamente, porém com mais profundidade, e destes foram selecionados os resumos de 55 teses.

A partir do conceito de solidariedade em Adela Cortina, a solidariedade universal que *ultrapassa as fronteiras dos grupos e dos países e, se estende a todos os seres humanos, incluídas as gerações futuras. Daí surge a percepção de três novos valores como a paz, o desenvolvimento dos povos menos favorecidos e o respeito pelo meio ambiente* (CORTINA, 1998: 87-88; 2005: 194), as 55 teses que compõem o *corpus de análise* foram selecionadas e organizadas em duas dimensões analíticas: ***preocupação com os excluídos*** e ***preocupação com o meio ambiente***.

Na dimensão analítica ***preocupação com os excluídos*** não foram considerados os trabalhos que abordam temas e objetos sustentados por um referencial teórico de base biomédica (CAMARGO

JR., 2014). Dentre esses trabalhos estão os enfoques no método epidemiológico, estudos de epidemiologia clínica e pesquisa em clínica médica, pesquisas em áreas biológicas básicas para vigilância em saúde, estudos de prevenção de doenças e uso de medicamentos, pesquisa avaliativa e os trabalhos que abordam como temática a gestão do processo de trabalho e do processo de cuidado.

Assim, foram selecionadas para esta dimensão analítica as teses de doutorado que abordam grupos sociais excluídos, totalizando 23 teses de doutorado, de oito dos nove Programas de Pós-graduação incluídos inicialmente, a serem analisadas na íntegra. Essas teses foram capturadas em arquivos eletrônicos no formato PDF (*Portable Document Format*) através da base de dados Banco de Teses dos programas selecionados, disponíveis nas páginas eletrônicas de cada Instituição de Ensino Superior.

São teses que ultrapassam as fronteiras dos grupos, e até de países, e que vão à direção do desenvolvimento dos grupos sociais excluídos, desvelando injustiças ou apontando ações e estratégias que promovem e fortalecem as pessoas desses grupos (CORTINA, 2005; CORTINA e MARTÍNEZ, 2005).

As desigualdades socioeconômicas foram abordadas nas teses que envolvem pessoas em situação de pobreza e os efeitos dos programas de transferência de renda relacionados à saúde e a qualidade de vida dessas pessoas. Nessa temática, também, estão as teses que versam sobre as pessoas vivendo em situação de rua, sua condição de discriminação na sociedade que as tornam susceptíveis a criminalidade e uso abusivo de drogas, bem como dificultam o acesso aos serviços de saúde. Dessa forma, os trabalhos que tratam das desigualdades socioeconômicas em saúde destacam principalmente os processos de exclusão e inclusão dessas pessoas e os potenciais de enfrentamento de iniquidades em saúde.

Nessa direção também estão os trabalhos com enfoque na população negra e as desigualdades sociais em saúde relacionadas à cor de pele, seja apontando as diferenças injustas e persistentes traduzidas em indicadores de saúde, seja destacando a importância do papel dos movimentos sociais e sua atuação organizada para a saúde dessa população.

As teses que envolvem os povos indígenas foram consideradas, pois essa população tem sua cultura ameaçada e seus direitos violados. O Estado e a sociedade brasileira permanecem omissos nos direitos básicos de cidadania, que deveriam promover a adequação e a qualificação de serviços de saúde, considerando a

pluralidade cultural e moral desses povos. Esses trabalhos destacam o desafio para as equipes de saúde indígena em relação à comunicação, ao respeito cultural e ao cuidado no processo saúde-doença.

A temática das pessoas com deficiência foi outro critério para selecionar os trabalhos de conclusão de doutorado. Trata-se de estudos que revelam as dificuldades encontradas por essas pessoas nos serviços de saúde e no campo profissional, com enfoque na inclusão e participação de pessoas com deficiência.

As discriminações e violências sofridas por pessoas transexuais, e sua invisibilidade para a sociedade e para o sistema de saúde estão nos trabalhos analisados que destacam a emergência da desconstrução de estigmas e a luta pelo reconhecimento dessas pessoas como sujeitos de direito. Nessa direção também estão os trabalhos que discutem o direito a saúde e as fragilidades da assistência a pessoas no sistema prisional, apontado que as privações estão muito além da pena privativa de liberdade.

Apenas uma das teses analisadas trata de uma questão do panorama global, apresentando uma análise das estratégias biopolíticas na experimentação médica e sua relação entre os países centrais e periféricos.

Na dimensão analítica *preocupação com o meio ambiente* foram selecionados os estudos que apontavam alguma característica relativa a preocupação e ao respeito pelo meio ambiente, valor fundamentado na solidariedade universal, totalizando 32 teses de doutorado de seis dos nove Programas de Pós-graduação incluídos inicialmente. Destes, quatro trabalhos não estavam disponíveis, e desse modo, as 28 teses foram capturadas em arquivos eletrônicos no formato PDF (*Portable Document Format*) através da base de dados Banco de Teses dos programas selecionados, disponíveis nas páginas eletrônicas de cada IES. Assim, o *corpus* de análise para esta dimensão analítica se constituiu de 28 trabalhos completos e quatro resumos.

Para a seleção dos trabalhos desta dimensão analítica foram considerados os temas e objetos das diversas bases teórico-metodológicas que se apresentam no campo interdisciplinar da Saúde Coletiva com relação direta as questões ecológicas e de meio ambiente. Assim, no conjunto de teses desta dimensão analítica além dos trabalhos fundamentados nas Ciências Sociais e Humanas, consideraram-se também os estudos de epidemiologia clínica e pesquisa em clínica médica, pesquisas em áreas biológicas básicas para vigilância em saúde, estudos de prevenção de doenças, educação ambiental, pesquisa

avaliativa e os trabalhos que abordam como temática a gestão do processo de trabalho e do processo de cuidado.

Assim, para este estudo, a dimensão analítica preocupação com o meio ambiente foi composta por teses da Saúde Coletiva de diferentes bases teóricas e metodológicas que demonstram a preocupação com a natureza, com os espaços urbanos, com as ações humanas que alteram o equilíbrio dos ecossistemas e, principalmente, com as vidas vividas em contextos alterados pelas consequências do modo capitalista de produção. Também revelam experiências exitosas de participação e de promoção da saúde na produção de alimentos e na educação ambiental pautadas nos conceitos de participação e sustentabilidade.

4.5 Análise das informações

A transformação das informações coletadas, ainda no seu estado bruto, em resultados de pesquisa, envolve a utilização de determinados procedimentos para sistematizar, categorizar e tornar possível sua análise por parte do pesquisador. No caso específico da análise documental, são exigidos mecanismos apropriados para encontrar em documentos e nas fontes bibliográficas – teses de doutorado, informações que ilustrem, expliquem ou ajudem a revelar as expressões de solidariedade, bem como ações e movimentos na direção de uma solidariedade universal, para além dos limites, grupais ou disciplinares.

Para a análise qualitativa do material, segundo Minayo (2008), vários caminhos são possíveis, e praticamente todos dependem da corrente de pensamento a que o investigador se filia. Como método de análise das informações optou-se pelo referencial da Hermenêutica Dialética descrita por Minayo (2008).

Assim, o conteúdo das teses foi analisado de acordo com as balizas da postura hermenêutica (MINAYO, 2008: 343-5) que procura diferenças e as similaridades entre o contexto dos autores e o contexto teórico do investigador, explorando as definições e, principalmente, as expressões de solidariedade que a produção acadêmica em análise permite. Há que se considerar que, amiúde, essas definições e expressões não se apresentam de forma explícita, constituindo-se num labor interpretativo do pesquisador. O contexto e processo de construção do campo onde se produz o discurso da Saúde Coletiva também foram considerados na análise, pois é possível do consenso, da compreensão ou do estranhamento referente à comunicação intersubjetiva.

Ancorar a reflexão teórica sobre o contexto histórico pressupõe que o investigador-intérprete e seu campo de observação e pesquisa são momentos expressivos de seu tempo e de seu espaço cultural. Nessa direção a análise buscou distinguir o processo hermenêutico do saber técnico, inerente ao campo da Saúde Coletiva, estabelecendo uma conexão entre os enunciados teóricos e os dados factuais.

A análise Hermenêutico-Dialética como modalidade qualitativa de tratamento de dados é capaz de “*superar o formalismo das análises de conteúdo e de discurso*”, indicando “*um caminho do pensamento*” que corresponda às “*dimensões e à dinâmica das relações que se apreendem numa pesquisa que toma como objeto a saúde em suas mais variadas dimensões: concepções, política, administração, configuração institucional, representações sociais e relações*” (MINAYO, 2008: 301).

A hermenêutica trabalha com a comunicação da vida cotidiana e do senso comum, dentro dos seguintes pressupostos: o ser humano como ser histórico e finito complementa-se por meio da comunicação; sua linguagem também é limitada, ocupando um ponto no tempo e no espaço; por isso, é preciso compreender também seu contexto e sua cultura. “*A hermenêutica funda-se na compreensão [...] e ocupa-se da arte de compreender textos*” (MINAYO, 2008: 328).

Os caminhos como práxis interpretativa da abordagem hermenêutica envolvem buscar as diferenças e as semelhanças entre o contexto do autor e o contexto do investigador, explorar as definições de situação do autor que o texto ou a linguagem em análise permite, procurando desvendá-las e compreendê-las e apoiar toda a reflexão acerca de determinada realidade sobre o contexto histórico, partindo do pressuposto de que o investigador-intérprete e seu objeto de observação e pesquisa são expressões de seu tempo e de seu espaço cultural (MINAYO, 2008).

A dialética é a “*ciência e a arte do diálogo, da pergunta e da controvérsia*” (MINAYO, 2008: 167) e busca nos fatos, na linguagem, nos símbolos e na cultura, os núcleos obscuros e contraditórios para realizar uma crítica informada sobre eles. A dialética é o estudo da oposição das coisas entre si. Do ponto de vista metodológico, uma abordagem dialética precisa criar meios de crítica e de apreensão das contradições na linguagem.

Utilizada como um método de busca da verdade pelos gregos pré-socráticos, a dialética foi resgatada como uma forma de pensar a história da natureza e da natureza humana, e posteriormente transformada por Marx em uma maneira dinâmica de interpretar o

mundo, os fatos históricos e econômicos, assim como as próprias ideias, sob a égide do *“materialismo histórico”* (MINAYO, 2008: 339)

Sobre a articulação promissora entre dialética e hermenêutica, afirma Habermas que *“a mesma razão que compreende, esclarece e reúne, também contesta, dissocia e critica”* (1987: 20), pois há tanta intransparência na linguagem como na vida real, na qual poder e relações de produção opõem contraditoriamente pessoas, grupos e classes. A própria linguagem é um instrumento de dominação, necessitando, por isso, ser desmistificada e tornar-se objeto de reflexão: tanto a que é comunicada pelas informações como a que é utilizada pelos investigadores.

A proposta de Habermas (1987) passa pela construção de um movimento interativo entre a hermenêutica e a dialética, valorizando as complementaridades e oposições entre as duas: ambas trazem em seu núcleo a ideia fecunda dos condicionamentos históricos da linguagem, das relações e das práticas; ambas partem do pressuposto de que não há observador imparcial; ambas questionam o tecnicismo em favor do processo intersubjetivo de compreensão e de crítica; ambas ultrapassam as tarefas como simples ferramentas para o pensamento, e ambas estão referidas à práxis estruturada pela tradição, pela linguagem, pelo poder e pelo trabalho. No entanto, enquanto a hermenêutica enfatiza o significado do que é consensual, da mediação, do acordo e da unidade de sentido, a dialética se orienta para a diferença, o contraste, o dissenso, a ruptura de sentido e, portanto, para a crítica (MINAYO, 2008).

As *“contribuições e os limites da hermenêutica e da dialética na compreensão e na crítica da realidade social”* ressalta Minayo (2008: 349), devem-se a como a primeira realiza o entendimento dos textos, dos fatos históricos, da cotidianidade e da realidade, podendo suas limitações ser compensadas pelo método dialético. A dialética, por sua vez, ao destacar o dissenso, a mudança e os macroprocessos, pode ser beneficiada pelo movimento hermenêutico, que dá ênfase à cotidianidade. Desse modo, apresentam-se como momentos e movimentos necessários na produção de racionalidade em relação aos processos sociais (MINAYO, 2008).

O processo de *“análise final”*, conforme descreve Minayo (2008: 358), considerou o *“movimento circular, que vai do empírico para o teórico e vice-versa, que busca as riquezas do particular e do geral”*. Nesse movimento dialético, as interpretações foram contextualizadas a partir de questionamentos que emergiram, e articuladas com as bases teóricas, gerando novas interpretações e questionamentos, até o fim desse processo circular ascendente. Assim

convergiu em duas categorias, subcategorias, apresentadas no Quadro 2, abaixo:

QUADRO 2 – Categorias e subcategorias oriundas do processo de análise

Categoria	Subcategorias
Desvelamento de iniquidades em grupos sociais excluídos	<ul style="list-style-type: none"> • a desproteção do Estado e da Sociedade e a violação dos direitos humanos, • as discriminações como geradoras de iniquidades
Responsabilidade ambiental	<ul style="list-style-type: none"> • Impactos ao ambiente e à saúde das pessoas; • Interdisciplinaridade em benefício do meio ambiente e da saúde; • Temática ambiental e sanitária relacionada às políticas públicas.

Fonte: o pesquisador.

4.6 Apresentação e discussão dos resultados

Os resultados deste estudo estão apresentados e discutidos a seguir na forma de dois manuscritos, conforme regulamento do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Posteriormente, serão formatados e submetidos de acordo com as normas dos periódicos selecionados para publicação.

4.7 Aspectos éticos do estudo

Toda pesquisa, tem uma interferência direta ou indireta na vida humana, por isso é preciso manter-se atento e crítico para se avaliar os danos que ela pode causar à vida. As pesquisas em fontes documentais e bibliográficas, embora muitas vezes tenham pressupostos

teóricos, também trabalham com a vida, portanto carecem de considerações éticas.

Assim, estão sendo considerados, de acordo com Gonçalves, Garcia e Verdi (2006: 338-9), os seguintes aspectos éticos:

- Rigor no delineamento metodológico;
- Ponderação entre risco e benefícios;
- Fidedignidade da informação produzida com o processo de pesquisa;
- Divulgação dos resultados e garantia do retorno dos benefícios;

5 MANUSCRITO 1 – SAÚDE COLETIVA E GRUPOS SOCIAIS EXCLUÍDOS:

expressões da solidariedade universal na produção acadêmica da pós-graduação brasileira

Fernando Mendes Massignam
Marta Inez Machado Verdi

Resumo

Solidariedade é valor que pode unir todas as pessoas como a comunidade humana defendendo os interesses de todos os cidadãos do mundo como corresponsáveis pela garantia do bem viver a todos os habitantes do planeta. Nessa direção, a Saúde Coletiva representa uma possibilidade de reconfiguração para sociedade, tendo a saúde como eixo de transformação e a solidariedade como valor estruturante. Sua produção acadêmica e científica tem se dedicado a questões que poderão auxiliar na redução do sofrimento humano, na elevação da consciência sanitária e ecológica, na preservação da saúde e na defesa da vida. Assim, o objetivo deste estudo é analisar como a solidariedade universal com os grupos sociais excluídos se expressa na produção acadêmica da pós-graduação em Saúde Coletiva. Este estudo, que se inscreve numa abordagem qualitativa de pesquisa, pode ser classificado como exploratório-analítico, de abordagem ética. O universo de estudo considerou os nove programas de pós-graduação em Saúde Coletiva, que totalizam 679 teses de doutorado defendidas no quadriênio 2013-2016. Foram selecionados 23 trabalhos que sinalizavam algum aspecto ou questão na direção da solidariedade universal com grupos sociais excluídos, e que tratam de desigualdades socioeconômicas e culturais. Para a análise qualitativa optou-se pela Hermenêutica Dialética, e as interpretações foram contextualizadas e articuladas com as bases teóricas derivando a categoria: *o desvelamento de iniquidades em grupos sociais excluídos*, ancorada em duas subcategorias: a desproteção do Estado e da Sociedade e a violação dos direitos humanos, e as discriminações como geradoras de iniquidades. A preocupação com os excluídos se destaca na constatação de que a população marginalizada impedida de ter acesso às políticas sociais revela a desproteção social do Estado, responsável pela garantia e efetivação dos direitos, principalmente os sociais, e as discriminações de diferentes motivações também marcam exclusões, daqueles destituídos historicamente dos direitos de cidadania, e afeta a garantia do cuidado à saúde. A solidariedade universal é valor estruturante para o

desvelamento de desigualdades na direção da melhoria das condições de vida e da situação de saúde das populações excluídas.

Palavras Chave: Saúde Coletiva; Programas de Pós-Graduação em Saúde; Valores Sociais; Ética; Marginalização Social.

Abstract:

Solidarity is a value that can unite all people as the human community defending the interests of all the citizens of the world as co-responsible for the guarantee of good living for all the inhabitants of the planet. In this direction, Collective Health represents a possibility of reconfiguration for society, with health as an axis of transformation and solidarity as a structuring value. Its academic and scientific production has been dedicated to issues that could help reduce human suffering, raise awareness of health and the environment, preserve health and protect life. Thus, the objective of this study is to analyze how the universal solidarity with the excluded social groups is expressed in the academic production of the Graduate in Public Health. This study, which is part of a qualitative research approach, can be classified as an exploratory-analytical, ethical approach. The study universe considered the nine graduate programs in Collective Health, which totaled 679 doctoral theses defended in the quadrennium 2013-2016. Twenty-three studies were selected that indicated some aspect or issue in the direction of universal solidarity with excluded social groups, which deal with socioeconomic and cultural inequalities. For the qualitative analysis Dialectical Hermeneutics was chosen, and the interpretations were contextualized and articulated with the theoretical bases deriving the category: the unveiling of inequities in excluded social groups, anchored in two subcategories: the lack of protection of the State and Society and the violation human rights, and discrimination as the source of iniquity. The concern with the excluded is highlighted by the fact that the marginalized population that is prevented from having access to social policies reveals the lack of social protection of the State, which is responsible for guaranteeing and realizing rights, especially social ones, and the discriminations of different motivations also exclude them historically deprived of citizenship rights and affects the guarantee of health care. Universal solidarity is a structuring value for the unveiling of inequalities in the direction of improving the living conditions and health situation of excluded populations.

Keywords: Public Health; Health Postgraduate Programs; Social Values; Ethics; Social Marginalization.

5.1 INTRODUÇÃO

Algumas mudanças ocorridas no contexto nacional, e também global, nos últimos anos, apontam para avanços significativos nas mais diversas dimensões da vida humana. Sem dúvida, também nos revelam grandes retrocessos que remetem a modos de relacionamento, uns com os outros e com o nosso planeta, condizentes com os períodos mais nebulosos e criticados da história da humanidade como a Idade Média. Mesmo diante das transformações e avanços tecnológicos desenvolvidos até o início do século XXI, algumas sociedades ainda se encontram diante de inúmeras situações iníquas persistentes vividas por milhões de pessoas, demonstrando que o progresso da ciência não é para todos. É importante ressaltar que grande parte dos avanços científicos não buscam respostas para as situações críticas, e moralmente reprováveis, como a pobreza, a fome, a exclusão, as discriminações, a violência e outras questões que colocam tantos seres humanos em condições indignas de viver. Sem dúvida as iniquidades revelam grandes desafios na direção de um mundo não só globalizado economicamente, mas também mais solidário.

A história representa a memória coletiva, tecida com pessoas e acontecimentos da diversidade de tradições e culturas, que geram vínculos entre os que as compartilham, mas não necessariamente entre os diferentes grupos (CORTINA, 2005). Nessa direção, a solidariedade, assim como a confiança e a cooperação, assume um papel fundamental no combate às iniquidades (BUSS e PELLEGRINI FILHO, 2006), pois foi a *falta de solidariedade que lançou grande parte da população mundial na miséria econômica e cultural* (CORTINA e MARTÍNEZ, 2005: 169).

A solidariedade, termo derivado da palavra latina "*solidare*", que significa mais ou menos "unir-se", é esse elemento de estar unido ou conectado de alguma maneira (GUNSON, 2009). Um dos usos mais conhecidos do conceito é o do sociólogo francês Emile Durkheim que usou o termo para se referir ao "vínculo social" que ele achava essencial para o ordenado funcionamento da sociedade (DURKHEIM, 1999).

Desde sua origem, o termo solidariedade tem recebido diferentes adjetivos, como mecânica, orgânica, social, crítica, e consequentemente representa variações no conceito. Os usos contemporâneos da palavra servem para demonstrar a diversidade de expressões que o conceito tem e como é escasso o terreno comum entre eles (GUNSON, 2009).

Na sociedade contemporânea, a solidariedade assume um valor social que deveria unir uns aos outros, formando uma comunidade que deve defender basicamente os mesmos interesses (HOSSNE e LEOPOLDO E SILVA, 2013). Nesse sentido, há que se transporem os limites grupais, reconhecendo-a como a comunidade humana que deve defender os interesses de todos os cidadãos do mundo como corresponsáveis pela garantia do bem viver a todos os habitantes do planeta. Assim, a solidariedade como valor moral não é, portanto, grupal, que se contrapõe a todas as formas de individualismo e de endogamias, que a filósofa espanhola Adela Cortina denomina de *solidariedade universal* (CORTINA, 1998: 85; 2005: 192).

Mais que palavra, posição social ou discurso, a solidariedade é antes de tudo, um sentimento de incomodo e indignação, diante do que nos causa estranhamento e desconforto ao nosso redor. É uma atitude que põe em prática ações que libertam e não só em palavras e discursos bem elaborados, e assim um caminho de emancipação das pessoas envolvidas, que outorga ao ser a oportunidade de reconhecer-se, e reconhecer as outras pessoas, como sujeitos de direitos, com autonomia e interdependência, em um processo gerador de humanização.

Praticar a solidariedade significa basear o pensamento e as ações no princípio "um por todos e todos por um", respeitando o princípio de responsabilidade mútua – do grupo para o indivíduo e o indivíduo para o grupo (BAUMAN, 2013), principalmente quando a solidariedade se expressa na direção dos grupos sociais excluídos, mesmo não sendo membros desses grupos (GUNSON, 2009).

Entretanto, no cenário da sociedade brasileira, neste início do século XXI, no qual antigos problemas sociais, econômicos e sanitários continuam presentes, associados a novos desafios (NUNES, 2006b), é possível desconfiar que a debilidade dos laços de coesão social (BUSS e PELLEGRINI FILHO, 2006) frente a situações cotidianas iníquas e persistentes são manifestações da deficiência de solidariedade como responsabilidade social pelos excluídos e em relação aos direitos da humanidade. *Foi a falta de solidariedade que lançou grande parte da população mundial na miséria econômica e cultural* (CORTINA e MARTÍNEZ, 2005: 169), portanto, não se trata de um problema de natureza técnica, mas moral.

O campo da Saúde Coletiva representa uma ruptura com a concepção de saúde pública, ao negar que os discursos biológicos detenham o monopólio do campo da saúde, representando uma reconfiguração decisiva para o conceito de saúde (BIRMAN, 1991). Abarca um *conjunto de práticas técnicas, ideológicas, políticas e*

econômicas desenvolvidas no âmbito acadêmico, nas organizações de saúde e em instituições de pesquisa vinculadas a diferentes correntes de pensamento resultantes de projetos de reforma em saúde (PAIM, 2006: 128), no processo da Reforma Sanitária brasileira, um projeto civilizatório que pretende produzir mudanças dos valores prevalentes na sociedade brasileira, tendo a saúde como eixo de transformação, e a solidariedade como valor estruturante.

O enfrentamento dos problemas sociais supõe articular a disposição governamental com as iniciativas sociais; os recursos institucionais, com as dinâmicas comunitárias; e a competência técnica com a sensibilidade humana, e pressupõe a construção de um conhecimento emancipador e solidário (SELLI, GARRAFA *et al.*, 2005) à disposição de um campo da saúde que se pretenda democrático, humanizado e equânime (PAIM, 2003).

Embora a institucionalização da Saúde Coletiva venha se firmando desde os primeiros cursos de pós-graduação que se instalaram no início dos anos 1970, os conteúdos e as formas de ensino ainda constituem-se em grandes desafios desse campo (NUNES, 2011). A ciência da Saúde Coletiva, produzida no âmbito acadêmico, vem buscando definir seu espaço de transformação no Estado, mas não tem sido produzida a partir da prática do espaço social. As diferentes disputas disciplinares que estão presentes no campo não têm potência se não estiverem agregadas, e assim perdem o que a Saúde Coletiva apresenta de mais inovador: a integração de diferentes olhares para a construção de um conhecimento que seja diferenciado de outros já estabelecidos (LEAL e CAMARGO JUNIOR, 2012).

O discurso da Saúde Coletiva estabeleceu historicamente uma leitura crítica do projeto médico-naturalista, explorando formas de organização dos sujeitos sociais não redutíveis a partidos e sindicatos, capazes de dar vida aos sonhos e esperanças de criar civilizações ou novas formas de socializações pautadas em valores como o afeto, a solidariedade, a liberdade e a justiça (PAIM e ALMEIDA FILHO, 1998).

Assim, a formação profissional e a produção acadêmica, no cenário social brasileiro contemporâneo têm sido desafiadas a estabelecer novas formas de organizar saberes e de produzir conhecimentos, particularmente em um campo tão *dinâmico como a Saúde Coletiva* (ALMEIDA FILHO, 2013: 1678). *Estudar um campo de saberes e práticas é enfrentar o caráter transformador que ele apresenta em sua trajetória* (NUNES, FERRETO *et al.*, 2010: 1918). Esse campo, por ser eminentemente aplicado e ter compromisso

explícito com as transformações das condições sociais e de saúde da população brasileira, precisa contribuir de modo significativo para a efetivação de formação profissional, garantindo a qualidade e o caráter formador desses programas sem confundi-los com a formação profissional especializada (BARATA e SANTOS, 2010).

Por conseguinte, revisar criticamente o modelo científico dominante vem sendo uma via de analisar certas possibilidades de construção e transformação no campo da Saúde Coletiva. Nesse caso, é fundamental aproximar a ciência da sociedade e seus problemas ampliando sua capacidade de produzir conhecimento crítico e propositivo, ético, emancipador, solidário e democrático, diante da complexidade do compromisso de pensar um novo projeto de sociedade (PAIM, 2006).

Nesse sentido, a produção acadêmica e científica da Saúde Coletiva tem se dedicado à análise das desigualdades e das iniquidades em saúde, a partir de diferentes perspectivas sócio históricas, assinalando a solidariedade como elemento organizador das relações sociais em saúde. (NUNES, 2006b) A participação organizada dos grupos sociais, bem como o reconhecimento e o estímulo às iniciativas comunitárias, fundamentadas na solidariedade como um valor estruturante, constituem possibilidades de redefinição de relações sociais que poderão auxiliar na redução do sofrimento humano, na elevação da consciência sanitária e ecológica, na preservação da saúde e na defesa da vida (CORTINA, 2005; PAIM e ALMEIDA FILHO, 1998).

Considerando que a importância do papel da Saúde Coletiva para a produção de saberes e práticas que se comprometam com a superação das contradições das desigualdades e iniquidades sociais e da saúde da sociedade brasileira, o objetivo deste estudo é analisar como a solidariedade universal com os grupos sociais excluídos se expressa na produção acadêmica da pós-graduação em Saúde Coletiva.

5.2 PERCURSO METODOLÓGICO

A solidariedade, como um fenômeno social atravessado pela pluralidade moral, não cabe ser examinada ou medida experimentalmente em termos de quantidade, intensidade ou frequência. Tampouco é possível a observação ou medidas exatas, e, portanto, necessita ser analisada a partir de um fator externo que a simboliza e a expressa, considerando a complexidade histórica do campo e o contexto do objeto pesquisado. (DENZIN e LINCOLN, 2006: 3).

Assim, este estudo, que se inscreve numa abordagem qualitativa de pesquisa, pode ser classificado como exploratório-analítico, de abordagem ética, o qual procura conhecer e analisar as diferentes expressões que a solidariedade universal com grupos sociais excluídos apresenta nas teses de doutorado dos Programas de pós-graduação em Saúde Coletiva brasileiros.

A composição do universo de estudo considerou os programas e cursos de pós-graduação em Saúde Coletiva no Brasil em funcionamento no quadriênio 2013-2016, registrados pelo Sistema Nacional de Pós-Graduação (SNPG) na Plataforma Sucupira (<http://www.capes.gov.br/avaliacao/plataforma-sucupira>). São 56 programas acadêmicos de pós-graduação nesta área de avaliação distribuídos em quatro áreas básicas: epidemiologia, medicina preventiva, saúde coletiva e saúde pública.

A partir dos documentos com os dados básicos referentes a cada um dos programas foram incluídos aqueles que contemplam os três eixos disciplinares do campo da Saúde Coletiva: Epidemiologia, Ciências Sociais e Humanas em Saúde e Política, planejamento e gestão de sistemas e serviços de saúde, que se estabeleceram, não por simples convenção, mas como parte do processo de constituição da área de Saúde Coletiva, fundamentalmente interdisciplinar (NUNES, 2006a). Nessa direção, foram excluídos os programas disciplinares e temáticos, pois não se estruturam nos três grandes espaços e eixos disciplinares.

Também não foram incluídos os Programas de pós-graduação em Saúde Coletiva cujo nível de doutorado foi criado recentemente, e assim não apresentam ao menos uma tese de doutorado defendida em cada ano do quadriênio analisado. Deste modo, o contexto deste estudo ficou definido na produção acadêmica de nove programas de pós-graduação, que totalizam 679 teses de doutorado defendidas no período analisado, considerando os registros da atualização da Plataforma Sucupira, em 10 de março de 2017, disponível na página eletrônica (<https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/listaTrabalhoConclusao.jsf>; acesso em 12 de março de 2017).

Dentre os muitos aspectos que podem ser tratados sobre os cursos de pós-graduação, para este estudo a opção foi pela análise da produção acadêmica dos cursos *stricto sensu*, consideradas por Gil (2002: 64) como *fontes bibliográficas*. A produção acadêmica nos cursos de pós-graduação, teses e dissertações defendidas, é considerada o resultado final da formação *stricto sensu* (NUNES, MARCONDES et al., 2010). Neste estudo, optou-se por analisar apenas as teses de

doutorado no conjunto dos programas que caracterizam a área de Saúde Coletiva neste estudo.

Os títulos e autores dos trabalhos de conclusão de doutorado foram organizados em planilhas eletrônicas catalogadas por Instituição de Ensino Superior (IES) e ordenadas por data de defesa. Todos os 679 títulos foram codificados com a sigla da IES e o número correspondente a linha na planilha daquele programa. O resumo de cada trabalho, também disponível na Plataforma Sucupira, foi capturado em arquivo eletrônico no formato PDF (*Portable Document Format*).

As informações foram analisadas inicialmente a partir dos títulos e leitura flutuante dos resumos de todas (679) as teses defendidas no período 2013-2016, não sendo considerados os trabalhos que abordaram temas e objetos sustentados por um referencial teórico de base biomédica (CAMARGO JR., 2014). Nesses trabalhos excluídos, estão aqueles com enfoque no método epidemiológico, os estudos de epidemiologia clínica e as pesquisas em clínica médica, as pesquisas em áreas biológicas básicas para vigilância em saúde, os estudos de prevenção de doenças e uso de medicamentos, as pesquisas avaliativas e os trabalhos que abordaram a temática da gestão do processo de trabalho e do processo de cuidado.

Ao final desta etapa, foram selecionados os estudos que sinalizavam algum aspecto ou questão na direção da solidariedade universal com grupos sociais excluídos, totalizando 23 teses de doutorado (Quadro 3)², oriundas de oito dos nove Programas de Pós-graduação incluídos inicialmente, as quais foram analisadas na íntegra. Essas teses foram capturadas em arquivos eletrônicos no formato PDF (*Portable Document Format*) através da base de dados Banco de Teses dos programas selecionados, disponíveis nas páginas eletrônicas de cada Instituição de Ensino Superior (IES).

São trabalhos de conclusão de doutorado que tratam de desigualdades socioeconômicas e culturais envolvendo pessoas excluídas: em situação de pobreza; em situação de rua; em privação de liberdade; com deficiência; transexuais; e população negra e indígena.

Para a análise qualitativa das teses de doutorado selecionadas, optou-se pelo referencial da Hermenêutica Dialética proposta por Habermas (1987), e descrita por Minayo (2008). Assim, o conteúdo das

² Para este trabalho foi mantida a codificação utilizada inicialmente, na qual as teses estão organizadas em planilhas diferentes de acordo com a Instituição de Ensino Superior do Programa de Pós Graduação, ordenadas por data de defesa e numeradas de acordo com a linha da planilha.

teses foi analisado de acordo com as balizas da postura hermenêutica (MINAYO, 2008: 343-5) que procura diferenças e as similaridades entre o contexto dos autores e o contexto teórico do investigador, explorando as definições e, principalmente, as expressões de solidariedade que, amiúde, essas definições e expressões não se apresentam de forma explícita, constituindo-se num labor interpretativo do pesquisador, segundo o que o material em questão permite.

Nessa direção, a análise buscou distinguir o processo hermenêutico do saber técnico, inerente ao campo da Saúde Coletiva, estabelecendo uma conexão entre os enunciados teóricos de solidariedade universal e os dados factuais apresentados nas teses de doutorado. Nesse movimento dialético, as interpretações foram contextualizadas a partir de questionamentos emergentes, e articuladas com as bases teóricas que sustentam este estudo, gerando novas interpretações e questionamentos, convergindo assim para a categoria analítica denominada: *desvelamento de iniquidades em grupos sociais excluídos*, apresentada e discutida a seguir.

Algumas considerações éticas são importantes de serem destacadas, mesmo se tratando de uma pesquisa em fontes documentais e bibliográficas de acesso público e irrestrito. De acordo com Gonçalves, Garcia e Verdi (2006: 338-9), o rigor no delineamento metodológico, a ponderação entre risco e a fidedignidade da informação produzida, a divulgação dos resultados e a garantia do retorno dos benefícios, são aspectos éticos fundamentais a toda pesquisa com esse tipo de fonte de informações.

Quadro 3 – Teses analisadas que originaram a categoria analítica desvelamento de iniquidades em grupos sociais excluídos.

IES	Título	Autor(a)	Defesa
FIOcruz 022	Programa Bolsa Família, dinâmicas de inclusão e exclusão social e equidade em saúde: estudo de caso no município de Silva Jardim (RJ).	HAYDA JOSIANE ALVES	2013
FIOcruz 036	Atenção diferenciada e o trabalho do agente indígena de saúde na implementação da Política de Saúde Indígena.	ANA LUCIA DE MOURA PONTES	2013
FIOcruz 045	Saúde dos presidiários e direito social: um estudo de caso na Unidade prisional de João Pessoa - Paraíba	AURILENE JOSEFA CARTAXO GOMES DE ARRUDA	2013

FIOCruz 049	A vida de mulheres na prisão: legislação, saúde mental e superlotação em João Pessoa - PB	GIGLIOLA MARCOS BERNARDO PINON	2013
UERJ 016	O gênero encarnado: modificações corporais e riscos à saúde de mulheres trans	AILTON DA SILVA SANTOS	2014
UERJ 040	"Muito prazer, eu existo!" Visibilidade e reconhecimento no ativismo de pessoas Trans no Brasil.	MARIO FELIPE DE LIMA CARVALHO	2015
UERJ 054	Os passos indesejáveis: um estudo do contexto sociocultural do uso e usuários de crack nas cidades do Rio de Janeiro e Nova Iorque	DANIELLE DE CARVALHO VALLIM	2015
UFBA 002	Impacto do Programa Bolsa Família e seu efeito conjunto com a Estratégia Saúde da Família sobre a mortalidade no Brasil.	DAVIDE RASELLA	2013
UFBA 032	Para não ser o etcetera: Conselho dos Diretos da Pessoa com Deficiência, Democracia e Saúde.	SILVIA DE OLIVEIRA PEREIRA	2014
UFBA 051	O Movimento Negro e a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: heterogeneidade e convergências.	MARCOS VINICIUS RIBEIRO DE ARAUJO	2015
UFBA 060	Efeitos do Programa Bolsa Família e da Estratégia de Saúde da Família em doenças infecciosas relacionadas à pobreza: tuberculose e hanseníase.	JOILDA SILVA NERY	2016
UFRJ 041	DESIGUALDADES RACIAIS EM SAÚDE E INDICADORES DE MORTALIDADE NO BRASIL: estudo ecológico segundo o nível de urbanicidade e agregação à Região Metropolitana das cidades brasileiras nos anos de 2000 e 2010	BRUNO LUCIANO CARNEIRO ALVES DE OLIVEIRA	2016
UFSC 018	A Declaração de Helsinque como estratégia biopolítica: uma genealogia do duplo standard para ensaios clínicos em países periféricos.	FERNANDO HELLMANN	2014
UNICAMP 064	Deficiência física e promoção da saúde: o lugar do sujeito	MARCELO SIMOES MENDES	2016
UNIFESP 002	Saúde e doença entre os Panará, Povo Indígena Amazônico de contato recente, 1975-2007	DOUGLAS ANTONIO RODRIGUES	2013

UNIFESP 010	Crianças e adolescentes em circulação nas ruas: uma busca de escuta.	PATRICIA YUMI NAKAGAWA	2013
USP 058	Intérpretes de LIBRAS na Saúde: o que eles nos contam	PATRICIA CRISTINA ANDRADE PEREIRA	2014
USP 092	Gestão Participativa no Distrito Sanitário Especial Indígena Cuiabá: uma análise de sua viabilidade política	KAREM DALL ACQUA	2015
USP 113	Quando a água sobe: análise da capacidade adaptativa de moradores do Jardim Pantanal expostos às enchentes	NAYARA DOS SANTOS EGUTE	2016
USP 131	“Dando uma moral”: Moralidades, prazeres e poderes no caminho da cura da tuberculose na população em situação de rua do município de São Paulo	LIANDRO DA CRUZ LINDNER	2016
USP 136	Avaliação dos impactos de políticas públicas de transferência de renda na qualidade de vida no semiárido nordestino face às mudanças climáticas	ANA MARIA BARBIERI BEDRAN MARTINS	2016
USP 153	Registro audiovisual da omissão do Estado brasileiro nas políticas públicas de saúde segundo depoimento de lideranças indígenas	VALDIR BAPTISTA	2016
USP 157	A vivência de trabalho da pessoa com deficiência e as repercussões à saúde	ANDREIA DE CONTO	2016

Fonte: Plataforma Sucupira, março de 2017.

5.3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A solidariedade universal acontece quando as pessoas atuam pensando não só no interesse particular dos membros de um grupo, senão também de todos os afetados pelas ações do grupo, estendendo-se a todos os seres humanos, incluindo as gerações futuras, e que despertam para a percepção de novos valores como a paz, o desenvolvimento dos povos menos favorecidos e o respeito pelo meio ambiente (CORTINA, 1998; 2005; CORTINA e MARTÍNEZ, 2005).

Nessa direção, para este estudo, o *corpus* de análise – o conjunto das teses de doutorado, enfoca grupos sociais excluídos, e que

ultrapassam as fronteiras dos grupos, e até de países, na direção do desenvolvimento dos excluídos, desvelando injustiças ou apontando ações e estratégias que promovem e fortalecem esses coletivos (CORTINA, 2005; CORTINA e MARTÍNEZ, 2005).

A análise das informações contidas nesse conjunto de vinte e três teses procurou responder como a produção acadêmica da Saúde Coletiva se expressa na direção da solidariedade universal, derivando a categoria: *o desvelamento de iniquidades em grupos sociais excluídos*, ancorada em duas subcategorias: a desproteção do Estado e da Sociedade e a violação dos direitos humanos, e as discriminações como geradoras de iniquidades.

5.3.1 Desvelamento de iniquidades em grupos sociais excluídos

No campo da Saúde Coletiva, as questões referentes às desigualdades e diversidades expõem uma ampla e variada produção de conhecimento, que estimulam o reconhecimento de situações que geram e acentuam as iniquidades na saúde, e fomentam a reflexão e a discussão sobre o tema, propondo mudanças. As diferenças injustas vivenciadas por alguns segmentos da população, geradoras de disparidades nas formas como as pessoas adoecem e morrem, estão na base do campo de saberes e práticas da Saúde Coletiva, inscritas na articulação das suas três grandes áreas de conhecimento – Ciências Sociais e Humanas, Epidemiologia e Planejamento e Gestão.

Esse campo, que se estruturou com base na crítica ao biologicismo funcionalista e desvinculado do social, ancorado na força política do Movimento de Reforma Sanitária Brasileira, procurou reafirmar um novo entendimento da determinação social do processo saúde-doença. Essa determinação atravessa todas as dimensões da vida humana, assentada no modo como os homens e mulheres se apropriam da natureza por meio do processo de trabalho no seu momento histórico, frente as relações sociais de produção (BIRMAN, 1991; ESCOREL, 1999).

Os avanços na ciência moderna têm demonstrado que o estado de saúde pode ser melhorado pela intervenção e pela melhoria nas condições de vida, substituindo as antigas ideias da tradição sacra que associavam doença ao destino ou ao pecado. A possibilidade de intervenção no adoecimento contribuiu para constituir a ideia de saúde como direito alcançável pela civilização humana, e para afirmar o direito à saúde (BERLINGUER, 1996).

Assim, as discrepâncias nas formas, e causas, de adoecimento e nas condições gerais de vida, são determinadas socialmente pelas diferenças entre as classes sociais, e relacionadas às condições materiais de sobrevivência. As desigualdades injustas nos perfis de morbimortalidade que orientaram estudos na área da Saúde Coletiva assinalam iniquidades em saúde decorrentes de condições relacionadas a questões sociais da vida cotidiana, como o racismo, a baixa escolaridade, as más condições de trabalho e renda, ou desemprego.

A preocupação com os excluídos se destaca na constatação de que estas pessoas não só sofrem maior incidência de doenças, como também têm mais doenças crônicas e incapacidades, ou mortalidade, em idade precoce, como resultante, dentre outras causas, de uma população marginalizada impedida de ter acesso às políticas sociais. Tal situação possibilita apontar que a exclusão é potencializada pela desproteção social do Estado e da sociedade.

Nessa direção, uma das teses analisadas, que procurou compreender as repercussões de um programa de transferência de renda do Governo Federal, seus efeitos nos processos de inclusão e exclusão sociais vividos por famílias pobres, e sua influência na potencialidade para enfrentar iniquidades em saúde, ilustra bem essa complexa questão:

No caso dessas famílias, é permanente a tensão de não se ter garantias financeiras para a subsistência do dia a dia, um sentimento cotidiano dos que estão marginal ou adversamente integrados na esfera ocupacional e também parcialmente excluídos do mundo do trabalho corporificado pelo pleno emprego, o mundo desejado pelas famílias pobres. (FIOcruz022: 212)

Nas sociedades modernas, a pobreza não é somente o estado de uma pessoa que carece de bens materiais; ela corresponde, igualmente, a um status social específico, inferior e desvalorizado, que marca profundamente a identidade de todos que vivem essa experiência (PAUGAM, 2003: 45). A segregação significa restrição das possibilidades de acesso a oportunidades de educação e emprego, resultando em inserção social desvantajosa e ausência de mobilidade social (BARATA, 2009).

Dessa forma, é preciso reconhecer que, na contemporaneidade, alguns grupos sociais revelam um processo muito mais amplo de exclusão, que vai além da econômica e social, intimamente ligada a fatores multidimensionais, e são relacionados a uma condição que extrapola os meros bens materiais, e abrange também as dimensões política e cultural (CASTEL, 1998).

Desproteção social e violação dos direitos humanos

As desigualdades injustas, evitáveis e moralmente reprováveis têm sido denunciadas nas últimas décadas por diversos setores da sociedade, e no conjunto das teses analisadas as preocupações com essas iniquidades foram interpretadas como expressões de solidariedade universal (CORTINA, 2005). Assim, a pobreza, as falhas no acesso a serviços e direitos sociais básicos, o desemprego ou precariedade no vínculo de trabalho, o estigma e a invisibilidade apontam os cenários de ausência do Estado no cotidiano vivido, e sofrido, dos grupos sociais excluídos (BERLINGUER, 1996; CORTINA, 2005)

No processo de análise, a desproteção social apareceu como importante elemento gerador de iniquidade desvelada pela produção acadêmica da Saúde Coletiva. Esse caráter de denúncia de injustiças também expressa solidariedade com os grupos sociais que sobrevivem à margem da sociedade em virtude da ausência do Estado como responsável pela garantia e efetivação dos direitos, principalmente os sociais.

Com efeito, as iniquidades correspondem às injustiças como negação da igualdade no âmbito dos direitos sociais, produto da estrutura excludente da sociedade neoliberal, e abandono pelo Estado dos “sujeitos socialmente indesejáveis”, conforme aponta uma das teses analisadas:

Durante os procedimentos de pesquisa foi descoberto que grande parte da população analisada já se encontrava em situação de rua em processo anterior ao crack, ou seja, o uso abusivo não foi a razão pela qual se encontravam em situação de rua, mas sim, suas mazelas sociais, familiares, culturais e econômicas. Por isso, pretende-se identificar os déficits relacionados aos resultados da miséria, do analfabetismo, dos conflitos familiares, das relações de gênero, das oportunidades de trabalho e renda, da

aceitação social, do racismo e das relações interpessoais desta população em condição de vulnerabilidade social e, também, usuária abusiva de crack (UERJ054:21).

Conforme afirma Schramm (2008: 20), *historicamente, um princípio moral de proteção está implícito nas obrigações do Estado, que deve proteger seus cidadãos contra calamidades, guerras etc.*, pois parece compreensível que todos os cidadãos não conseguem se proteger sozinhos contra tudo e todos (SCHRAMM, 2008). Assim, a ausência de uma ética de mínimos³ pode tornar grupos sociais excluídos do direito de cidadania (CORTINA, 2000).

O dever do Estado em proteger todas as pessoas deveria estar traduzido na garantia e efetivação de direitos elementares, como o direito à assistência, à prevenção de doenças, a uma vida saudável, aos benefícios do desenvolvimento, ao trabalho e à alimentação adequada. Para além do acesso à assistência médica, o direito à saúde requer relações sociais que possibilitem a qualidade do cotidiano vivido, relacionado não apenas à sobrevivência, mas a uma vida com dignidade, respaldada pela proteção do Estado no cumprimento dos direitos. Nessa direção, a saúde na sua concepção mais ampla aproxima-se da ideia central de solidariedade e constitui um dos elementos da cidadania (CORTINA, 2005; FLEURY, 2011).

No contexto brasileiro do início do século XXI, é importante questionar uma grande contradição na conquista de direitos de cidadania. De um lado, observa-se uma discreta redução de desigualdades econômicas e ampliação da participação de segmentos populacionais antes fora do alcance de políticas públicas. Por outro lado, ainda estão presentes na sociedade grupos sociais excluídos sobrevivendo as persistentes iniquidades sociais promovidas pela negligência do Estado (ALMEIDA FILHO, 2013).

Pode-se observar que, nesse sentido, mesmo em poucos trabalhos do quadriênio, a produção acadêmica da Saúde Coletiva tem se preocupado com os grupos sociais excluídos e seus direitos de

³ Ética de mínimos, ou éticas da justiça, refere-se a deveres e direitos. A ética mínima também denominada por Adela Cortina como Ética Cívica propõe mínimos axiológicos e normativos (morais e jurídicos) a serem compartilhados em uma sociedade pluralista como princípios de convivência necessários para que cada um possa ter plena liberdade para buscar uma vida feliz (CORTINA, 2000).

cidadania. Os autores das teses analisadas lançaram o olhar e desenharam suas pesquisas em torno de situações injustas e moralmente reprováveis, demonstrando o interesse solidário por aqueles que ainda não ocupam seus lugares de direito na sociedade.

Assim, dentre as iniquidades desveladas nesses trabalhos parece importante destacar, por exemplo, que na população indígena foi possível identificar que a padronização biomédica de tecnologias ofertadas, mesmo de serviços de saúde indígena, se sobrepõe à necessidade de reverência à historicidade e a singularidade culturais, não respeitadas nos serviços de saúde. Também se destaca a precarização das condições de trabalho das pessoas com deficiência, que mesmo legalmente incluídas permanecem excluídas em seus locais de labor como consequência do preconceito estrutural.

Nessa mesma direção, ainda estão as questões relacionadas ao direito à saúde das pessoas privadas de liberdade. Os poucos profissionais, e o despreparo para atenção dessa população, demonstram o descumprimento das responsabilidades do Estado, uma vez que essas vidas estão sob a tutela do Estado. Além disso, os trabalhos referentes a essa população confirmam que a superlotação em unidades prisionais e as consequentes privações vão além da privação da liberdade, como destacado:

A superlotação carcerária inibe o papel do Estado enquanto provedor das normas que visem a reinserção do indivíduo apenado na sociedade com o cumprimento de sua pena. Dessa forma, o Estado não oferece condições dignas de moradia e saúde para aqueles indivíduos que estão ali inseridos durante a execução da pena privativa de liberdade. (FIOCruz049:71)

Mais que a ausência do Estado, verifica-se que são necessários mecanismos para garantir a dignidade, reconhecendo o direito ao respeito e proteção da integridade psicofísica de todos, homens e mulheres vivendo em relação social. E, para que pessoas possam desenvolver relações positivas e saudáveis, deve-se incluir o diálogo em condições simétricas, ou seja, pautado na igualdade de todos os envolvidos, a fim de desenvolver as suas diferentes concepções de vida boa sem os agravos decorrentes das experiências de desrespeito (CORTINA, 2005; HONNETH, 2003).

Nesse sentido, as enormes assimetrias e desrespeitos ocasionados pelas atrocidades cometidas nas grandes guerras mundiais balizaram a formulação dos Direitos Humanos. Especificamente depois da Segunda Grande Guerra, esses direitos vêm sendo instituídos e defendidos como ideal comum a ser alcançado por todos os povos, protegendo indivíduos e grupos contra ações que interferem nas liberdades fundamentais e na dignidade humana (GUNSON, 2009). Os acordos internacionais regidos pelas diferentes revisões, até a mais recente Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da UNESCO, em 2005, creditam à solidariedade a capacidade de manter unida uma coletividade composta de indivíduos, na tentativa de conter as situações abusivas que ferem a dignidade, a igualdade e a liberdade dos cidadãos do mundo (NASCIMENTO e GARRAFA, 2011; SELLI e GARRAFA, 2006).

Um dos trabalhos analisados indica que mesmo com as políticas de distribuição de renda oferecidas pelo Estado brasileiro, ainda se encontram grandes desafios na erradicação da pobreza e suas consequências. A constatação de que ainda há famílias e comunidades inteiras vivendo em situação de miséria é uma das mais marcantes violações de direitos humanos, no sentido que:

a precarização da vida econômica e social se expressa acompanhada de ampla desproteção social”, e impõe uma tensão permanente para os direitos humanos. [...] que a insegurança de renda é uma das expressões da fragilização dos direitos humanos, na medida em que os desprotegidos são constituídos justamente pelas famílias assoladas pela pauperização coletiva [...] (FIOCruz022: 214)

Os Direitos Humanos devem ser defendidos universalmente, pautados no respeito à autonomia e na liberdade, em um *capital axiológico* (CORTINA, 2005: 181) elementar para que as pessoas consigam existir e para que possam se desenvolver participando plenamente da vida. Buscam garantir que as relações de poder e os interesses econômicos não tornem as pessoas marginalizadas, excluídas ou discriminadas por suas diferenças e singularidades.

Desse modo, *melhorar a saúde e a equidade na saúde como uma questão de justiça social implica a promoção, proteção e*

cumprimento dos direitos humanos, incluindo o direito à saúde (FLEURY, 2011: 47).

Discriminações como geradoras de iniquidades

A discriminação, além de seu papel na determinação de condições de saúde, é moralmente reprovável porque carrega em seu conceito um julgamento e uma injustiça, razão suficiente para combatê-la. É a perpetração, sobre os indivíduos de determinados grupos sociais, de uma relação de poder que os exclui, atribuindo-lhes características de menor valor moral, condições supostamente constitutivas de alguns sujeitos que os tornariam moralmente inferiores, ‘justificando’ sua exclusão pelos membros dos grupos dominantes, enquanto estes são pretensiosamente investidos de virtudes que julgam faltar aos demais (ELIAS e SCOTSON, 2000; MASSIGNAM, BASTOS *et al.*, 2015).

Assim, a discriminação tem sido vista como uma espécie de resposta comportamental ou como uma manifestação de estigma ou de preconceito, causada por essas atitudes negativas. Uma distinção nítida entre ideias, atitudes ou ideologias e suas conseqüências negativas em relação ao valor de grupos sociais específicos e dessa forma, constituindo implicações comportamentais que resultam em ações discriminatórias (PARKER, 2012).

As discriminações marcam exclusões daqueles historicamente destituídos dos direitos de cidadania, mesmo com o reconhecimento e criminalização do racismo e da homofobia, por exemplo. Igualmente, com a implantação de inúmeras políticas públicas direcionadas à inclusão social dos grupos discriminados, como negros, indígenas, pessoas com deficiência, pobres e homossexuais, ainda permanecem muitas discrepâncias injustas arraigadas na sociedade. Mesmo em uma sociedade que se propõe pluralista, novas formas de discriminação são reconhecidas, e endossadas por moralismos religiosos ou culturais (CORTINA, 2013).

Nas teses analisadas, observou-se que as formas pelas quais a discriminação se expressa e afeta a garantia de direitos, e conseqüentemente, a garantia do cuidado à saúde, envolvem diferentes motivações, como a discriminação racial, de gênero, e até mesmo pela deficiência física, que é um dos temas de trabalho da área da saúde. Uma das teses destaca que, no caso de pessoas com deficiência, o amparo legal não é suficiente para eliminação do preconceito excludente:

É possível observar diversos avanços nas políticas de emprego visando a garantir o

acesso das pessoas com deficiência no mercado de trabalho. A efetividade dessas políticas depende de mudanças nas relações de trabalho, do modelo social de deficiência adotado em cada local e do enfrentamento das formas de discriminação e marginalização das pessoas com deficiência. (: 29) [...]a experiência das pessoas com deficiência submetidas às ideologias dominantes do mundo do trabalho, na perspectiva do empregador, como os demais trabalhadores, diferem no sentido que já trazem consigo a marcante herança da exclusão social, portanto, duplamente ou mais, discriminações (USP157: 130).

O estigma e o reducionismo da identidade do outro se tornam elementos potentes nos mecanismos geradores de iniquidades para aqueles que necessitam de acesso aos bens sociais, como o emprego e os serviços de saúde. A compreensão da origem das discriminações e suas implicações no cotidiano vivido e no cuidado em saúde são fundamentais para a definição das formas de enfrentamento desse fenômeno.

Não obstante, a discriminação, ainda presente na sociedade, resulta, além da segregação, em riscos de agravos à saúde de grupos sociais específicos, principalmente no que se refere ao acesso a serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), e está registrada em uma das teses que dá voz a mulheres transexuais, e relata que:

[...] quando teve um problema com o silicone industrial e precisou ser socorrida [no hospital]. No início do atendimento, parecia que tudo daria certo, porém, no seu caso, a discriminação ocorreu de forma velada e sutil, mas ela percebeu e desistiu do atendimento, temendo que fosse mal cuidada. (UERJ016: 103).

A garantia do acesso aos serviços públicos, além de decisiva à manutenção da saúde, das condições de vida, da sobrevivência, deve existir por uma questão de direito, de justiça, de respeito à igual

dignidade entre todos os seres humanos (CORTINA, 2005; 2008). *O sentimento de ser desrespeitado na sua busca por atenção tem duas consequências cruciais para a negação da cidadania* (FLEURY, 2011: 51)

O acesso ao cuidado e a construção de vínculo entre sujeitos, por exemplo, são influenciados, entre outros fatores, pelo modo como as instituições, desde a instituição-pessoa até a sistêmica, prestam continência às necessidades de saúde individuais e coletivas. Considerando-se que, no exercício do cuidado, a produção de intersubjetividades está dialeticamente ligada à experiência da realidade, o espaço social do cuidado é potencialmente robusto para gerar ressignificações e deflagrar a reflexão ético-política, tão cara à construção do respeito às diferenças e da solidariedade (MASSIGNAM, BASTOS *et al.*, 2015).

A luta contra a discriminação, e a erradicação de suas consequências, implica em encontrar um discurso, e também ações práticas de transformação, que assumam a consciência tanto dos direitos negados quanto das práticas discriminadoras na atenção à saúde (FLEURY, 2011). O acesso igualitário às ações e aos serviços de saúde, sem qualquer barreira de natureza legal, econômica, física ou cultural, e pautada na equidade devem oferecer atenção diferenciada e singular para os desiguais, os excluídos, visando reduzir e superar as iniquidades.

Ações e estratégias de combate às desigualdades na oferta dos serviços públicos e combate à pobreza, foram destacadas em um número menor de teses analisadas neste estudo Trata-se da produção acadêmica engajada na discussão da luta pelos direitos civis e sociais, da ampliação do conceito de cidadania e do direito à saúde como um dos direitos fundamentais dos seres humanos (CORTINA, 1998; 2005).

Nessa direção, algumas teses analisadas apontam caminhos possíveis e solidários na construção de um processo de inclusão, tanto por uma vertente mais objetiva relacionada ao acesso universal aos serviços de saúde e a distribuição da riqueza produzida socialmente, quanto por uma vertente subjetiva, pautada no respeito ativo ao pertencimento à comunidade e ao fortalecimento da identidade social de cada pessoa.

É a partir da interculturalidade e da diversidade humana que todas as culturas podem enriquecer mutuamente. Assim, a cidadania, para além do estatuto de pertença a uma comunidade política, estabelece a justiça social como essencial na eliminação das desigualdades não só econômicas, mas também das resultantes das diferenças culturais. Adela Cortina (2005) sinaliza que qualquer perspectiva etnocêntrica é limitada,

posto que nenhuma cultura é, em si, a solução global e acabada para a humanidade.

Descobrir situações de injustiça e denunciá-las, ajudar a fazer justiça, não somente pelas declarações universais, mas no concreto do cotidiano vivido, onde estão as pessoas, os excluídos, nos serviços de saúde, na universidade, na escola, na fábrica, não só com referência ao passado – as guerras e catástrofes da humanidade, mas sobretudo ao presente (CORTINA, 2008: 181).

5.4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tema da solidariedade revela-se polissêmico a partir da perspectiva de sua natureza histórica e contraditória, como, por exemplo, no campo das práticas de caridade ou da responsabilidade social. Suas raízes vêm do cerne da convivência humana e cuja prática atravessa os séculos, impulsionada pelo desejo e pela capacidade dos seres humanos de construir uma vida melhor. As práticas históricas da solidariedade são complexas e profundas, e vêm marcadas pela problemática social correspondente aos diferentes tempos e espaços das relações pessoais. Assim, a humanidade está desafiada a encontrar caminhos mais solidários para a convivência dos seres humanos entre si e com a natureza, e hoje, mais que nunca, precisa de solidariedade com a própria vida sob todas as suas formas e dimensões (ZOLL, 2007).

As estratégias de inclusão devem estar além do plano material, abrangendo também dimensões subjetivas da vida humana como a autoestima, o sentimento de pertencimento à comunidade e a cultura. Trata-se, por conseguinte, do desafio de implementar um conjunto de ações que englobem as diversas dimensões em questão, para além das políticas meramente compensatórias pautadas nas condições materiais como fator de exclusão social. As noções de equidade e justiça não podem ser compreendidas sem considerar as necessárias articulações que se estabelecem entre saúde e estrutura social e como cada sociedade engendra o seu sistema de proteção social.

O caráter multidimensional e complexo da exclusão social exige uma abordagem integrada, na qual seja plausível às pessoas excluídas transitarem de uma situação a outra, e, em que a inclusão, nas suas diferentes formas de manifestação, seja conquistada de modo emancipatório. Na direção desta perspectiva, as iniciativas de inclusão social discutidas na produção acadêmica aqui analisada apontam para a

direção da solidariedade universal, e destacam tentativas do Estado e da sociedade, para o fortalecimento dos coletivos excluídos.

Portanto, para uma intercessão cada vez maior e mais profícua das diversas áreas com a Saúde Coletiva, é basilar que se tenha sempre cientistas de áreas sociais e humanas, pois de certa forma eles devem investir na capilarização da reflexão social e humana dos objetos de saúde, em diferentes níveis e em diferentes aspectos, com método e contextualização. Ainda há importantes desafios epistemológicos e práticos a serem enfrentados nas abordagens interdisciplinares, ainda tão pouco utilizadas e aprofundadas num campo que reúne várias racionalidades que dizem respeito à vida, ao adoecimento, à morte, a como as pessoas os pensam e os enfrentam, e como afetam a sociedade (MINAYO, 2013).

Entretanto, é fundamental que este processo esteja pautado na real democratização do Estado, constituindo a ampliação efetiva da participação cidadã em processos decisórios que comportem a obtenção de consensos acerca da alocação dos recursos públicos, de forma a favorecer a politização e inclusão de grupos sociais marginalizados historicamente, da definição de estratégias e do desenho operacional das políticas públicas.

A perspectiva da solidariedade universal certamente é a baliza estruturante para a transformação das desigualdades na direção da melhoria das condições de vida e da situação de saúde das populações excluídas. Essa perspectiva universal da solidariedade também sustenta a concretização da justiça, com a prestação de serviços e garantia de direitos, coerente com a singularidade de cada grupo ou coletivo que hoje está à margem da sociedade.

A conquista da tão almejada igualdade só será possível pela via da solidariedade universal que aporta outros valores como o respeito ativo às diferenças e a valorização da liberdade como um bem humano inegável. A solidariedade também se constitui em valor elementar no desenvolvimento ético da sensibilidade humana, no reconhecimento do outro como singular e na percepção da riqueza que está na diversidade rumo à construção de uma sociedade melhor e mais justa.

5.5 REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, N.M.D. Contextos, impasses e desafios na formação de trabalhadores em Saúde Coletiva no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, p. 1677-1682, 2013. ISSN

1413-8123. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000600019&nrm=iso>.

BARATA, R.B. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ 2009. p. ISBN 9788575411841.

BARATA, R.B.; SANTOS, R.V. Pós-graduação em Saúde Coletiva no Brasil: o imprescindível papel da avaliação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 1897-1907, 2010. ISSN 1413-8123. Disponível em: <
http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000400003&nrm=iso>.

BAUMAN, Z. A Word in Search of Flesh: Solidarity. **New Eastern Europe**, v. Apr-Jun, n. 2, 2013.

BERLINGUER, G. **Ética da saúde**. HUCITEC, 1996. p. ISBN 9788527103664.

BIRMAN, J. A physis da saúde coletiva. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 1, p. 7-11, 1991. ISSN 0103-7331. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73311991000100001&nrm=iso>.

BUSS, P.M.; PELLEGRINI FILHO, A. Iniquidades em saúde no Brasil, nossa mais grave doença: comentários sobre o documento de referência e os trabalhos da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, p. 2005-2008, 2006. ISSN 0102-311X. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000900033&nrm=iso>.

CAMARGO JR., K.R.D. Ética, Moral e Saúde Coletiva. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 24, p. 09-10, 2014. ISSN 0103-7331. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312014000100009&nrm=iso>.

- CASTEL, R. **As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário.** Vozes, 1998. p. ISBN 9788532619549.
- CORTINA, A. **El mundo de los valores: ética mínima y educación.** Santafé de Bogotá: Editorial el Buho, 1998. p.
- CORTINA, A. **Ética Mínima - Introduccion a la Filosofía Practica.** 6ª. Madrid: EDITORIAL TECNOS, 2000. p.
- CORTINA, A. **Cidadãos do mundo: para uma teoria da cidadania.** São Paulo: Edições Loyola, 2005. 210 p.
- CORTINA, A. **Aliança e contrato - Política, ética e religião.** São Paulo: Edições LOYOLA, 2008. 195 p.
- CORTINA, A. **La ética.** 6. Barcelona: Paidós, 2013. p. ISBN 9788449328770.
- CORTINA, A.; MARTÍNEZ, E. **Ética.** São Paulo: Edições Loyola, 2005. 176 p. ISBN 9788515031153.
- DENZIN, N.K.; LINCOLN, Y.S. **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens.** Porto Alegre: Artmed, 2006. p.
- DURKHEIM, É. **Da divisão social do trabalho.** 2. São Paulo: Martins Fontes, 1999. 483p p.
- ELIAS, N.; SCOTSON, J.L. **Os estabelecidos e os outsiders: sociologia das relações de poder a partir de uma pequena comunidade.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2000. p.
- SCOREL, S. **Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999. 208 p. ISBN 9788585676575.
- FLEURY, S. Desigualdades injustas: o contradireito à saúde. **Psicologia & Sociedade**, v. 23, p. 45-52, 2011. ISSN 0102-7182. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822011000400007&nrm=iso>.

- GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002. p. ISBN 85-224-3169-8.
- GONÇALVES, E.R.; GARCIA, L.P.; VERDI, M.I.M. Aspectos éticos na Pesquisa Epidemiológica em Saúde Bucal. In: ANTUNES, J. L. F. e PERES, M. A. (Ed.). **Epidemiologia da Saúde Bucal**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
- GUNSON, D. Solidarity and the Universal Declaration on Bioethics and Human Rights. **J Med Philos**, v. 34, n. 3, p. 241-60, Jun 2009. ISSN 1744-5019 (Electronic) 0360-5310 (Linking).
- HABERMAS, J. **Dialética e hermenêutica**. Porto Alegre: LPM, 1987. p.
- HONNETH, A. **Luta por reconhecimento: a gramática moral dos conflitos sociais** São Paulo: Ed. 34, 2003. p.
- HOSSNE, W.S.; LEOPOLDO E SILVA, F. Dos referenciais da Bioética – a Solidariedade. **Revista Bioethikos**, v. 7, n. 2, p. 150-156, 2013. Disponível em: < <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/103/3.pdf> >.
- LEAL, M.B.; CAMARGO JUNIOR, K.R.D. Saúde Coletiva em debate: reflexões acerca de um campo em construção. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 16, p. 53-66, 2012. ISSN 1414-3283. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832012000100005&nrm=iso >.
- MASSIGNAM, F.M.; BASTOS, J.L.D.; NEDEL, F.B. Discriminação e saúde: um problema de acesso. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, p. 541-544, 2015. ISSN 2237-9622. Disponível em: < http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222015000300541&nrm=iso >.
- MINAYO, M.C.D.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11^a. São Paulo: Hucitec, 2008. 407 p.

- MINAYO, M.C.D.S. A produção de conhecimentos na interface entre as ciências sociais e humanas e a saúde coletiva. **Saúde e Sociedade**, v. 22, p. 21-31, 2013. ISSN 0104-1290. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902013000100004&nrm=iso >.
- NUNES, E.D. Saúde Coletiva: uma história recente de um passado remoto. In: CAMPOS, G. W. D. S. (Ed.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Editora Hucitec, 2006a.
- NUNES, E.D. A trajetória das ciências sociais em saúde na América Latina: revisão da produção científica. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, p. 64-72, 2006b. ISSN 0034-8910. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000400010&nrm=iso >.
- NUNES, E.D. História e paradigmas da Saúde Coletiva: registro de uma experiência de ensino. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 2239-2243, 2011. ISSN 1413-8123. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000400022&nrm=iso >.
- NUNES, E.D.; FERRETO, L.E.; DE OLIVEIRA E OLIVEIRA, A.L.; DO NASCIMENTO, J.L.; DE BARROS, N.F.; CASTELLANOS, M.E. O campo da Saúde Coletiva na perspectiva das disciplinas. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 15, n. 4, p. 1917-22, 2010. ISSN 1678-4561 (Electronic)
1413-8123 (Linking).
- NUNES, E.D.; MARCONDES, W.B.; CABRAL, C.D.S. A Saúde Coletiva como prática científica: a institucionalização do campo em publicações, teses e dissertações. In: HORTALE, V. A.; MOREIRA, C. O. F.; BODSTEIN, R. C. D. A. e RAMOS, C. L. (Ed.). **Pesquisa em saúde coletiva: fronteiras, objetos e métodos**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010. cap. 4, p.105-126.

- PAIM, J.S. Epidemiologia e planejamento: a recomposição das práticas epidemiológicas na gestão do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, p. 557-567, 2003. ISSN 1413-8123. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000200017&nrm=iso>.
- PAIM, J.S. **Desafios para a saúde coletiva no século XXI**. Salvador: EDUFBA, 2006. 154 p. ISBN 85-232-0395-8.
- PAIM, J.S.; ALMEIDA FILHO, N.D. Saúde coletiva: uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas? **Revista de Saúde Pública**, v. 32, p. 299-316, 1998. ISSN 0034-8910. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101998000400001&nrm=iso>.
- PARKER, R. Stigma, prejudice and discrimination in global public health. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, p. 164-169, 2012. ISSN 0102-311X. Disponível em: <
http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000100017&nrm=iso>.
- PAUGAM, S. **A desqualificação social: ensaio sobre a nova pobreza**. São Paulo: Educ/Cortez, 2003. p.
- SCHRAMM, F.R. Bioética da Proteção: ferramenta válida para enfrentar problemas morais na era da globalização. **Revista Bioética**, v. 16, n. 1, p. 11-23, 2008.
- SELLI, L.; GARRAFA, V.; MENEGHEL, S.N. Bioética, solidariedade, voluntariado e saúde coletiva: notas para discussão. **Bioética**, v. 13, n. 1, p. 53-64, 2005.
- ZOLL, R. **O Que é solidariedade hoje?** Ijuí (RS): Ed. Unijuí, 2007. p. ISBN 9788574296258.

6 MANUSCRITO 2 – RESPONSABILIDADE AMBIENTAL COMO EXPRESSÃO DE SOLIDARIEDADE NA PRODUÇÃO ACADÊMICA DA SAÚDE COLETIVA BRASILEIRA

Fernando Mendes Massignam
Marta Inez Machado Verdi

Resumo

Desequilíbrios ambientais provocados pela ação humana têm resultado em crescentes impactos negativos ao planeta, comprometendo a saúde humana e o ambiente natural. Todos os cidadãos do mundo são corresponsáveis pela manutenção da vida em sociedade e pela preservação do planeta, e pela definição de caminhos mais solidários para a convivência dos seres humanos entre si e com a natureza. Nessa direção a produção de conhecimento na Saúde Coletiva implicada na relação entre saúde e ambiente exige uma perspectiva crítica e interdisciplinar no efetivo diálogo entre os saberes envolvidos na determinação da saúde e da vida, fundamentados na solidariedade e que problematize as questões ambientais relacionadas às iniquidades decorrentes do modelo econômico. Assim, o objetivo deste estudo é conhecer como a solidariedade universal se expressa na produção acadêmica da pós-graduação em Saúde Coletiva no que se refere à indissociabilidade entre saúde e meio ambiente. O universo deste estudo está definido em 679 teses de doutorado de nove programas de pós-graduação em Saúde Coletiva, defendidas no quadriênio 2013-2016. Destas foram selecionadas 28 teses completas e quatro resumos, de seis programas, que abordam questões referentes à temática ambiental. A análise desses trabalhos foi pautada na Hermenêutica Dialética e convergiu na categoria responsabilidade ambiental como expressão de solidariedade da Saúde Coletiva, ancorada em três subcategorias: impactos ao ambiente e à saúde das pessoas, interdisciplinaridade em benefício do meio ambiente e da saúde; e; temática ambiental e sanitária relacionada às políticas públicas. Os resultados assinalam que o desenvolvimento, econômico e tecnológico, necessita estar subordinado aos imperativos de uma modernidade ética e pautado em valores de solidariedade e de cooperação. A garantia de um meio ambiente equilibrado e de formas de sobrevivência sustentáveis deve ser estabelecida com base em princípios éticos de solidariedade na relação entre as pessoas, e destas com a Natureza. Estratégias sustentáveis dependem da solidariedade universal como valor que orienta a vontade humana, e que resultem na melhoria das condições de todas as formas de vida de modo a assegurar a garantia de vida boa das gerações futuras.

Palavras Chave: Saúde Coletiva; Programas de Pós-Graduação em Saúde; Valores Sociais; Ética; Meio ambiente.

Abstract

Environmental imbalances caused by human action have resulted in increasing negative impacts on the planet, compromising human health and the natural environment. All the citizens of the world are responsible for the maintenance of life in society and for the preservation of the planet, and for defining more solidary paths for the coexistence of human beings with each other and with nature. In this direction the production of knowledge in Collective Health implied in the relationship between health and the environment requires a critical and interdisciplinary perspective in the effective dialogue between the knowledge involved in the determination of health and life, based on solidarity and that problematizes the environmental issues related to the resulting inequities of the economic model. Thus, the objective of this study is to know how universal solidarity is expressed in the academic production of postgraduate in Collective Health regarding the inseparability between health and environment. The universe of this study is defined in 679 doctoral theses of nine graduate programs in Public Health, defended in the quadrennium 2013-2016. Of these, 28 complete theses and four abstracts were selected from six programs, which address issues related to environmental issues. The analysis of these works was based on the Dialectical Hermeneutics and converged in the category of environmental responsibility as an expression of collective health solidarity, anchored in three subcategories: impacts on the environment and people's health, interdisciplinarity for the benefit of the environment and health; and; environmental and health issues related to public policies. The results indicate that development, economic and technological, needs to be subordinated to the imperatives of an ethical modernity and based on values of solidarity and cooperation. The guarantee of a balanced environment and sustainable forms of survival must be established on the basis of ethical principles of solidarity in the relationship between people and of nature. Sustainable strategies depend on universal solidarity as a value that guides the human will, and which results in the improvement of the conditions of all forms of life in order to guarantee the good life of future generations.

Keywords: Public Health; Health Postgraduate Programs; Social Values; Ethics; Environment.

6.1 INTRODUÇÃO

O setor saúde se encontra frente a um grande desafio (BRASIL, 2008: 33). As ações humanas decorrentes do modelo de desenvolvimento baseado nos modos de produção capitalista acarretam em alterações no ambiente natural, resultando em desequilíbrios que ameaçam as conquistas e os esforços na redução das doenças. Nessa direção, o setor saúde pode ter um papel importante nas ações que buscam construir ambientes naturais mais equilibrados e saudáveis não somente reduzindo a carga global de doenças e evitando milhões de mortes prematuras e injustas, mas também atuando nas questões socioambientais que influenciam os problemas de saúde (BRASIL, 2008).

As alterações no meio ambiente que são provocadas pela ação humana e suas atividades têm resultado em crescentes impactos negativos no equilíbrio do ambiente natural do planeta, e estão diretamente relacionados com o crescimento desordenado e acelerado das áreas urbanas, com o aumento da queima de combustíveis fósseis por indústrias e veículos automotores, com o modo insensato do consumo dos recursos naturais, dentre outras tantas questões relativas ao modo de vida e de produção.

Destarte, principalmente no contexto urbano metropolitano brasileiro os problemas ambientais têm aumentado drasticamente, e podem ser observados com maior frequência, como por exemplo: *aumento desmesurado de enchentes, dificuldades na gestão dos resíduos sólidos e interferência crescente do despejo inadequado de resíduos sólidos em áreas potencialmente degradáveis em termos ambientais, impactos cada vez maiores da poluição do ar na saúde da população* (JACOBI, 1999: 44).

Nesses cenários, a saúde humana é comprometida por mudanças na qualidade do ambiente natural (PIGNATTI, 2004). O aumento de temperaturas e mudanças nos padrões de precipitação, por exemplo, podem alterar a proliferação de vetores de doenças, como mosquitos transmissores da dengue ou da malária. Assim como a poluição atmosférica pode aumentar a procura pelos serviços de saúde em decorrência de doenças respiratórias, a contaminação da terra pode ocasionar insegurança alimentar e subnutrição, e os desequilíbrios ambientais podem até causar problemas de saúde mental.

Os efeitos na vida humana representam uma série de exposições a diversos fatores de risco, que também podem incluir as inundações, as secas e a frequência de tempestades intensas, como visto

ultimamente, relacionadas diretamente com as mudanças climáticas decorrentes do aumento da temperatura global, talvez a questão mais discutida atualmente na esfera global. Como afirma Löwy (2013: 80), *de todos estes processos destrutivos, o mais óbvio, e perigoso, é o processo de mudança climática, um processo que resulta dos gases de efeito estufa emitidos pela indústria, pelo agronegócio e pelo sistema de transporte existentes nas sociedades capitalistas modernas.*

Questões socioambientais como *mudanças do clima, perda de diversidade ecológica e cultural, pobreza e desigualdade tendem a aumentar a vulnerabilidade da vida humana e dos ecossistemas planetários.* Assim, o conceito de sustentabilidade *não pode ser reduzido ao "esverdeamento", ao ecologicamente correto e, tampouco, ao economicamente viável (para quem?). Há uma dimensão social e ética que deve ser priorizada, assegurando os direitos humanos e a justiça social para todos* (RATTNER, 2009: 1971).

A preocupação com o tema da sustentabilidade se confronta com o imperativo da propagação de práticas sociais pautadas pela ampliação do direito à informação e de educação ambiental numa perspectiva integradora. A transição da abordagem dos problemas ambientais a partir de uma ótica mais centrada nas ciências naturais para um escopo mais abrangente sobre o tema inclui, também, o componente social, ampliando a compreensão da questão para uma dimensão socioambiental, considerando também os aspectos culturais e determinações específicas das políticas econômicas e sociais (JACOBI, 1999).

O modelo presente de desenvolvimento do mundo não é sustentável. (RATTNER, 2009: 1971). A maioria dos impactos das alterações ambientais na saúde das pessoas são processos complexos, que se retroalimentam na sociedade como o elemento essencial e motor de um processo dentro da lógica destrutiva, e *das consequências do processo de acumulação do capital, em particular na sua forma atual, da globalização neoliberal sob a hegemonia do império norte-americano* (LÖWY, 2013: 80).

A ambivalência e a ambiguidade da sociedade global contemporânea tem de um lado a capacidade produtiva e de geração de riquezas virtuais e de outro a fragilidade do tecido social e graves problemas socioambientais que atingem bilhões de pessoas em todo mundo. As consequências do modelo produtivo evidenciam que o ser humano está se convertendo no grande inimigo da humanidade. Dessa maneira, todas as pessoas, cidadãos do mundo, são responsáveis pela manutenção da vida em sociedade e pela preservação do planeta e, por

isso podem, e devem, fazer algo para recriar, resgatar e revalorizar a sensibilidade social e redescobrir o desejo do reconhecimento recíproco (ASSMANN e SUNG, 2000).

Assim, humanidade está desafiada a encontrar caminhos mais solidários para a convivência dos seres humanos entre si e com a natureza, e hoje, mais que nunca, precisa de solidariedade com a própria vida sob todas as suas formas e dimensões (ZOLL, 2007). Muitos aspectos das sociedades contemporâneas ensinam lições sobre solidariedade e encorajam a todos a união de forças para “marchar de braço dado” (BAUMAN, 2013).

O valor universal da solidariedade como atitude ou questão ética nasce da sensibilidade e percepção individual e geral da interdependência humana como um fato, uma necessidade para a vida da e na sociedade (ASSMANN e SUNG, 2000). É fundamental reconhecer que *foi a falta de solidariedade que lançou grande parte da população mundial na miséria econômica e cultural* (CORTINA e MARTÍNEZ, 2005: 169). Assim, não se trata de um problema de natureza técnica, mas moral.

O progresso moral que se dá em direção à “*maior solidariedade humana*” está na capacidade de considerar sem importância um número cada vez maior de diferenças tradicionais – de tribo, religião, etnia, costumes etc., e na capacidade de pensar em pessoas extremamente diferentes como incluídas na gama do ‘nós’ (RORTY, 2007). Só uma lúcida e sábia solidariedade é uma atitude eticamente acertada para acabar com a exclusão injusta e tornar partícipes dos bens da terra (materiais e imateriais) os que são seus legítimos titulares: todas as pessoas (CORTINA, 2005: 205; 2008).

Nessa direção, a solidariedade só acontece quando não é restrita nem grupal, o que Adela Cortina chama de *solidariedade universal* (2005: 192), que se contrapõem ao individualismo, às *endogamias* e aos *comunitarismos excludentes*, e coloca a atitude combativa da vida acima de interesses ou caprichos pessoais, ou seja, a vontade de levar a sério as perspectivas de todos e agir para fortalecê-las (CORTINA, 1998; CORTINA e MARTÍNEZ, 2005; GUNSON, 2009; ROSAS-JIMÉNEZ, 2011).

A solidariedade universal ultrapassa as fronteiras dos grupos e dos países e, portanto, acontece quando as pessoas atuam pensando não só no interesse particular dos membros de um grupo, senão também em todos os afetados pelas ações do grupo, estendendo-se a todos os seres humanos, incluindo as gerações futuras. Esse movimento desperta para a percepção de novos valores como a paz, o desenvolvimento dos povos

menos favorecidos e o respeito pelo meio ambiente (CORTINA, 1998; 2005; CORTINA e MARTÍNEZ, 2005). Portanto, é imperativa a confluência de esforços na direção da civilização da solidariedade – no sentido *profundo da palavra, solidariedade entre os humanos, mas, também, com a natureza* (LÖWY, 2013: 83).

Para isto é fundamental ampliar um posicionamento crítico em saúde e ambiente coadunado com a construção, produção e compartilhamento de saberes e práticas, e sua relação com a práxis. Logo, é essencial transformar o discurso crítico em relação à Ciência Moderna em experiências de pesquisas implicadas com a participação de todos os envolvidos na geração de conhecimento para transformar os territórios, e conformar novas redes e teias de colaboração (AUGUSTO, TAMBELLINI *et al.*, 2014).

No Brasil, a preocupação com os problemas ambientais, as características socioeconômicas do desenvolvimento e a interface de ambos com a Saúde Coletiva pode ser situada desde o início do século passado, basicamente abordado por três diferentes modelos sobre a interface entre problemas ambientais e saúde. O modelo biomédico, com origens na parasitologia clássica, e mais recentemente ancorado na epidemiologia, o modelo da relação saneamento-ambiente, com origens no saneamento clássico e que se pauta nas ações de vigilância em saúde, e a medicina social, que tem suas origens nos anos 1970, e que se constitui de importante referência para a Saúde Coletiva (MINAYO, 1999)

A proposição de uma forma de produzir conhecimento científico na Saúde Coletiva, implicado na relação entre saúde e ambiente, exige cada vez mais uma perspectiva crítica interdisciplinar, intersetorial e de inclusão social pela via da participação política e do efetivo diálogo com os saberes dos sujeitos que vivem nos territórios onde se desenrolam os processos envolvidos na determinação da saúde e da vida (AUGUSTO, TAMBELLINI *et al.*, 2014).

A ciência da Saúde Coletiva, produzida no âmbito acadêmico, apresenta, assim, a integração de diferentes olhares disciplinares para a construção de um conhecimento que seja diferenciado de outros já estabelecidos (LEAL e CAMARGO JUNIOR, 2012). Tanto em termos de suas práticas tecnológicas como suas formas de expressão acadêmica dos produtos de seus saberes disciplinares e práticas, este campo é permeado de complexidade oriunda de mediações não apenas teóricas, como política, social e cultural, que considera a diversidade dos agentes institucionais que intervêm nas práticas e na produção desses saberes disciplinares (LUZ, 2009).

Com o intento de se tornar uma proposição 'emancipadora', a Saúde Coletiva tem possibilitado desdobramentos que demonstraram formas particulares de articulações teórico-metodológicas e de pesquisadores- comunidades/sujeitos da investigação (agentes do processo do trabalho da pesquisa) (AUGUSTO, TAMBELLINI *et al.*, 2014). Essas articulações geraram profícuas discussões entorno da práxis que reconhece também a necessidade de se pensar e consolidar uma ética da saúde pública, pensada na perspectiva da *ética da proteção* (SCHRAMM e KOTTOW, 2001), que fundamentalmente problematize o tratamento de questões ambientais que derivam em processos de vulneração (marginalização e exclusão) de coletivos sociais, em especial, aqueles relacionados às iniquidades decorrentes do modelo econômico. Dessa forma,

O trabalho em saúde coletiva, além das dimensões técnica, econômica, política e ideológica, envolve um componente ético essencial vinculado à emancipação dos seres humanos. Não se trata de um trabalho qualquer, mas de um conjunto de atividades eticamente comprometido com o seu objeto - as necessidades sociais de saúde. Este trabalho, portanto, é integralmente permeado por valores de solidariedade, equidade, justiça e democracia (PAIM, 2006: 107).

Para a Saúde Coletiva, uma intercessão cada vez maior e mais profícuas das suas diversas áreas, é basilar investir na capilarização da reflexão social e humana dos objetos de saúde, em diferentes níveis e em diferentes aspectos, com método e contextualização. Ainda há importantes desafios epistemológicos e praxiológicos a serem enfrentados nas abordagens interdisciplinares, ainda tão pouco utilizadas e aprofundadas, num campo que reúne várias racionalidades que dizem respeito à vida, ao adoecimento, à morte, a como as pessoas os pensam e os enfrentam, e como afetam a sociedade (MINAYO, 2013).

Portanto, se a produção deste conhecimento tem o propósito de superar as contradições das desigualdades e iniquidades sociais da saúde e do ambiente na sociedade brasileira, o objetivo deste estudo é conhecer como a solidariedade universal se expressa na produção acadêmica da pós-graduação em Saúde Coletiva no que se refere à

indissociabilidade entre saúde e ambiente, especialmente, nas relações baseadas na sustentabilidade.

6.2 PERCURSO METODOLÓGICO

Este estudo se inscreve numa perspectiva qualitativa de pesquisa e pode ser classificado como exploratório-analítico, de abordagem ética. Procurou conhecer e analisar as diferentes expressões que a solidariedade universal manifesta a partir da percepção de um dos valores que surge dela: *o respeito pelo meio ambiente* (CORTINA, 2005: 194).

A solidariedade e os valores que ela ancora se manifestam a partir de ações, interações ou fenômenos sociais permeados pela pluralidade moral relativa a complexidade histórica e ao contexto social. Assim, os limites das medidas de quantidade, intensidade ou frequência, ou seja, as medidas exatas, não contemplam a complexidade do objeto estudado, e que, desse modo, precisam ser analisadas a partir de um fator externo que as simbolizam e as qualificam, e que considerem essas manifestações ou expressões nas teses de doutorado dos Programas de pós-graduação em Saúde Coletiva brasileiros (DENZIN e LINCOLN, 2006: 3).

Dentre os muitos aspectos que podem ser tratados sobre os cursos de pós-graduação, para este estudo a opção foi pela análise da produção acadêmica dos cursos *stricto sensu*, consideradas por Gil (2002: 64) como *fontes bibliográficas*. A produção acadêmica nos cursos de pós-graduação, teses e dissertações defendidas, é considerada o resultado final da formação *stricto sensu* (NUNES, MARCONDES et al., 2010) e nesse estudo foram analisadas apenas as teses de doutorado.

Desse modo, a composição do universo de estudo considerou os 56 programas acadêmicos de pós-graduação em Saúde Coletiva no Brasil em funcionamento no quadriênio 2013-2016 – distribuídos em quatro áreas básicas: epidemiologia, medicina preventiva, saúde coletiva e saúde pública, e registrados pelo Sistema Nacional de Pós-Graduação (SNPG) na Plataforma Sucupira (<http://www.capes.gov.br/avaliacao/plataforma-sucupira>).

Inicialmente, estes programas foram analisados a partir dos respectivos documentos básicos, e incluídos aqueles que contemplam os três eixos disciplinares do campo da Saúde Coletiva: Epidemiologia, Ciências Sociais e Humanas em Saúde e Política, planejamento e gestão de sistemas e serviços de saúde, que se estabeleceram, não por simples

convenção, mas como parte do processo de constituição da área de Saúde Coletiva, fundamentalmente interdisciplinar (NUNES, 2006a). Considerando os critérios de exclusão adotados, não foram incluídos os programas disciplinares e temáticos, bem como os programas de pós-graduação em Saúde Coletiva cujo curso de doutorado foi criado recentemente, pois não apresentam ao menos uma tese de doutorado defendida em cada ano do quadriênio analisado.

O contexto deste estudo ficou, então, definido na produção acadêmica de nove programas de pós-graduação, que totalizam 679 teses de doutorado defendidas no período analisado, considerando os registros da atualização da Plataforma Sucupira, em 10 de março de 2017, disponível na página eletrônica (<https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/listaTrabalhoConclusao.jsf>; acesso em 12 de março do mesmo ano).

Os 679 títulos e autores dos trabalhos de conclusão de doutorado foram organizados em planilhas eletrônicas catalogadas por Instituição de Ensino Superior (IES), ordenadas por data de defesa e codificados com a sigla da IES e o número correspondente a linha na planilha daquele programa. Com base nessa organização foram capturados os resumos de cada trabalho, também disponíveis na Plataforma Sucupira, salvos em arquivo eletrônico no formato PDF (*Portable Document Format*).

A partir dos títulos e da leitura flutuante dos resumos de todas (679) as teses defendidas no período 2013-2016, foram selecionados os estudos que cujo objeto ou contexto da pesquisa circunscreveu-se em torno da questão ambiental, seja a preocupação com os graves danos sofridos pelo ambiente, seja pelo manifesto respeito ao meio ambiente, valor fundamentado na solidariedade universal. Deste modo, compuseram o corpus de análise deste estudo 32 teses de doutorado (Quadro 4)⁴, oriundas de seis dos nove Programas de Pós-graduação incluídos inicialmente. Destas, quatro teses não estavam disponíveis na íntegra, restando 28 trabalhos completos em arquivos eletrônicos no formato PDF (*Portable Document Format*) através da base de dados Banco de Teses dos programas selecionados, disponíveis nas páginas eletrônicas de cada IES.

⁴ Para este trabalho foi mantida a codificação utilizada inicialmente, em que as teses estavam organizadas em planilhas diferentes de acordo com a Instituição de Ensino Superior do Programa de Pós Graduação, ordenadas por data de defesa e numeradas de acordo com a linha da planilha.

O conteúdo das 28 teses e quatro resumos foi analisado pelo referencial da Hermenêutica Dialética proposta por Habermas (1987), e descrita por Minayo (2008) e de acordo com as balizas da postura hermenêutica (MINAYO, 2008: 343-5) que procura diferenças e as similaridades entre o contexto dos autores e o contexto teórico do investigador, explorando as definições e, principalmente, as expressões de solidariedade universal no contexto da temática ambiental. Com efeito, essas definições e expressões não se apresentam de forma explícita, constituindo-se num labor interpretativo do pesquisador conforme o que o conjunto de trabalhos em questão possibilita.

O conjunto das teses de doutorado selecionadas para este estudo, o corpus de análise, engloba os trabalhos que abordam questões relacionadas ao meio ambiente e sua relação, direta ou indireta, como a saúde das populações. Foram selecionadas tendo como base na afirmação de Adela Cortina a solidariedade universal *ultrapassa as fronteiras dos grupos e dos países e, se estende a todos os seres humanos, incluídas as gerações futuras. Daí surge a percepção de três novos valores como a paz, o desenvolvimento dos povos menos favorecidos e o respeito pelo meio ambiente* (CORTINA, 1998: 87-88; 2005: 194).

Nessa direção, a análise buscou distinguir o processo hermenêutico do saber técnico, inerente ao campo da Saúde Coletiva, estabelecendo uma conexão entre os enunciados teóricos de solidariedade universal e os dados factuais apresentados nas teses de doutorado. Nesse movimento dialético, as interpretações foram contextualizadas a partir de questionamentos que emergiram, e articuladas com as bases teóricas, gerando novas interpretações e questionamentos, e assim convergiu na categoria **responsabilidade ambiental** como expressão de solidariedade da Saúde Coletiva, ancorada em três subcategorias: impactos ao ambiente e à saúde das pessoas, interdisciplinaridade em benefício do meio ambiente e da saúde; e; temática ambiental e sanitária relacionada às políticas públicas.

Algumas considerações éticas são importantes de serem destacadas, mesmo se tratando de uma pesquisa em fontes documentais e bibliográficas de acesso público e irrestrito. De acordo com Gonçalves, Garcia e Verdi (2006: 338-9), o rigor no delineamento metodológico, a ponderação entre risco e a fidedignidade da informação produzida, a divulgação dos resultados e a garantia do retorno dos benefícios, são aspectos éticos fundamentais a toda pesquisa com esse tipo de fonte de informações.

**QUADRO 4– Teses analisadas que compõe a categoria
responsabilidade ambiental como expressão de solidariedade**

IES	Título	Autor(a)	Defesa
FIOCruz 002	“Patenteamento em nanotecnologia no Brasil: desenvolvimento, potencialidades e reflexões para o meio ambiente e a saúde pública”	LEONARDO DA SILVA SANT ANNA	2013
FIOCruz 037	Mineração e ecologia política: um estudo de caso em Itamarati de Minas	ALEN BATISTA HENRIQUES	2013
FIOCruz 085	“Meio ambiente e desenvolvimento na gestão em saúde: uma análise na Região Metropolitana da Grande Vitória – ES”	HELIA MARCIA SILVA MATHIAS	2014
FIOCruz 110	Riscos, saúde e alternativas de produção de conhecimentos para a justiça ambiental: o caso da mineração de urânio em Caetité, BA	RENAN FINAMORE GOMES DA SILVA	2015
FIOCruz 123	O papel do Agente Comunitário de Saúde na prevenção de desastres naturais por deslizamento em comunidades da cidade do Rio de Janeiro – RJ, Brasil.	VANIA DA ROCHA	2015
FIOCruz 124	A vigilância em saúde ambiental no Brasil – uma reflexão sobre seu modelo de atuação: necessidades e perspectivas	JULIANA WOTZASEK RULLI VILLARDI	2015
UERJ 010	Efeitos adversos da Poluição Atmosférica em crianças e adolescentes devido a queimadas na Amazônia: uma abordagem de modelos mistos em estudos de Painel	LUDMILLA DA SILVA VIANA JACOBSON	2013
UERJ 057	Associação entre a exposição de curto prazo à poluição do ar e mortalidade em idosos	AMINE FARIAS COSTA	2016
UFMA 034	AVALIAÇÃO DO GERENCIAMENTO DOS RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE DE HOSPITAIS EM SÃO LUÍS - MA	ISABELA VIEIRA DOS SANTOS MENDONCA	2015
UFRJ 003	FUNDAMENTOS ÉTICOS DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE AMBIENTAL	CLAUDIA ALMEIDA DE OLIVEIRA	2013
UFRJ 025	EXPOSIÇÃO A AGROTÓXICOS E MORTALIDADE POR LINFOMA NÃO-HODGKIN NO BRASIL E NO	PATRICIA DE MORAES MELLO	2015

	MUNDO Rio de Janeiro 2015	BOCCOLINI	
UFRJ 031	ÍNDICE DE VULNERABILIDADE SOCIAL PARA A ANÁLISE DA OCORRÊNCIA DE INUNDAÇÕES NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO: 2000 A 2013 .	MAIRA LOPES MAZOTO	2015
UFRJ 033	A SAÚDE PÚBLICA NA ERA DO DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL: ANÁLISE DE SUA EVOLUÇÃO E EVIDÊNCIAS	LUIZ AUGUSTO CASSANHA GALVAO	2015
UFRJ 035	Avaliação da adequação dos dados de saúde, socioeconômicos e ambientais para a construção de indicadores de saúde ambiental para a população infantil brasileira.	FLAVIA FRANCHINI DE MATTOS MORAES	2015
UFSC 013	Saúde, ambiente e seus sentidos: a (re)construção narrativa com protagonistas do Instituto Federal Catarinense em Camboriú (SC)	FABIO LUIZ QUANDT	2014
USP 023	Educação Ambiental e Saneamento Básico para a Promoção da Saúde da Criança	EDSON VANDERLEI ZOMBINI	2013
USP 028	Mudanças climáticas na cidade de São Paulo: avaliação da política pública municipal	TATIANA TUCUNDUV A PHILIPPI CORTESE	2013
USP 049	Poluição sonora no município de São Paulo: avaliação do ruído e o impacto da exposição na saúde da população	KARINA MARY DE PAIVA	2014
USP 052	Gestão Integrada de Políticas Públicas relacionadas às Mudanças Climáticas na Região Metropolitana de São Paulo. Paula Prado de Sousa Campos São Paulo 2014	PAULA PRADO DE SOUSA	2014
USP 054	Influência do Recebimento de Lixiviado de Aterro Sanitário Sobre o Tratamento de Esgoto em Processo de Lodo Ativado e Reator Integrado de Lodo Ativado com Biofilme em Leito Móvel	FABIO CAMPOS	2014
USP 057	UNIVERSALIDADE, URBE e UNIVERSIDADE: a temática ambiental transversal	LUIZ ANTONIO CEZARIO DE OLIVEIRA	2014
USP 065	Perturbações no ambiente natural, e emergência de habitats larvais	PAULO RUFALCO	2015

	ocupados por espécies de Anopheles Meigen (Diptera: Culicidae) em assentamento rural no sudoeste da Amazônia brasileira	MOUTINHO	
USP 067	Emissão de Amônia de Veículo Automotor Leve e sua Importância para a Saúde Ambiental	VANDERLEI BORSARI	2015
USP 075	Agricultura Urbana e Periurbana na Ótica da Promoção da Saúde	CHRISTIANE GASPARINI ARAUJO COSTA	2015
USP 078	Modelo de gestão da fauna silvestre nativa vitimada para as Secretarias de Saúde, Meio Ambiente e Segurança Urbana: Prefeitura de São Paulo	ANGELA MARIA BRANCO	2015
USP 089	Desafios e perspectivas para recuperação da qualidade das águas do rio Tietê na região metropolitana de São Paulo	EDUARDO MAZZOLENI S DE OLIVEIRA	2015
USP 113	Quando a água sobe: análise da capacidade adaptativa de moradores do Jardim Pantanal expostos às enchentes	NAYARA DOS SANTOS EGUTE	2016
USP 129	Poluição do ar sob a perspectiva urbana: comparando estratégias implementadas de controle de emissão veicular e mobilidade em São Paulo, Nova Iorque e Paris	ANNE DOROTHEE SLOVIC	2016
USP 133	Metodologia para a tomada de decisão sobre a utilização de água subterrânea no abastecimento público no entorno de áreas urbanas industrializadas	PAULO ROBERTO PENALVA DOS SANTOS	2016
USP 134	Fundamentação teórica da Quota Ambiental e estudo de caso de seu desenvolvimento em São Paulo	PAULO MANTEY DOMINGUES CAETANO	2016
USP 138	Hortas urbanas e a construção de ambientes promotores da alimentação adequada e saudável	MARIANA TARRICONE GARCIA	2016
USP 152	Aspectos institucionais, legais, políticos e técnicos para a implementação da Convenção de Estocolmo sobre Poluentes Orgânicos Persistentes: os Éteres Difenílicos Polibromados	LADY VIRGINIA TRALDI MENESES	2016

Fonte: Plataforma Sucupira, 2017.

6.3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

As relações entre saúde e ambiente têm sido objeto de interesse maior dos pesquisadores nas últimas décadas, questão cada vez mais demonstrada em estudos que, utilizando diferentes metodologias, ajudam a desvendar aspectos dessa relação, discutem e concluem que o cotidiano vivido, as condições de saúde e a preservação ambiental influenciam-se de forma complexa e dinâmica. Compreender melhor a complexidade desses fenômenos confirma que as políticas públicas nessas áreas devem ser propostas para garantir o direito à saúde de qualidade, a um ambiente saudável e o acesso à informação (STEDILE, GUIMARÃES *et al.*, 2015: 2958).

Na Saúde Coletiva, a institucionalização da temática ambiental de modo amplo e efetivo só ocorreu nos anos 1990, mesmo que os problemas ambientais quase sempre sejam, simultaneamente, problemas de saúde (FREITAS, 2003). Passadas quase três décadas, os estudos relacionados ao meio ambiente ainda representam uma parcela pequena dos trabalhos defendidos nos programas de pós-graduação em Saúde Coletiva, em relação ao total do universo deste estudo, mas de alguma forma refletem a preocupação dos pesquisadores da área com questões relacionadas ao meio ambiente e suas implicações para a saúde e para a sociedade.

Assim, para este estudo, o *corpus* de análise foi composto por teses da Saúde Coletiva de diferentes bases teóricas e metodológicas que demonstram a preocupação solidária com a natureza, com os espaços urbanos, com as ações humanas que produzem interferências nos ecossistemas e, principalmente, com as vidas vividas em contextos alterados pelas consequências do modo capitalista de produção. Também revelam experiências exitosas de participação e de promoção da saúde na produção de alimentos e na educação ambiental pautadas nos conceitos de sustentabilidade.

Da análise das informações contidas nesse conjunto de teses e resumos emergiu a categoria ***responsabilidade ambiental*** como expressão de solidariedade da Saúde Coletiva, ancorada em três subcategorias: impactos ao ambiente e à saúde das pessoas, interdisciplinaridade em benefício do meio ambiente e da saúde; e; temática ambiental e sanitária relacionada às políticas públicas.

Impactos ao ambiente e à saúde das pessoas

A produção acadêmica da área da Saúde Coletiva expressa sua responsabilidade ambiental na direção da solidariedade universal quando revela e denuncia os já constatados efeitos danosos da interferência humana no meio ambiente. Algumas das teses analisadas neste estudo revelam a emergência em se abordar questões socioambientais como questões de saúde e de sobrevivência das espécies vivas.

Atualmente, as mudanças climáticas, decorrentes do aquecimento global, têm sido o problema ambiental mais fortemente discutido em todo mundo pelos impactos causados em todos os setores da vida nos diferentes cantos do planeta. As soluções para esta questão nem sempre são as mais resolutivas, pois estão subordinadas às *regras do jogo capitalista, que se adaptam às regras do mercado*. Na lógica de expansão infinita do capital são incapazes de enfrentar *a crise ambiental – uma crise que se transforma, devido à mudança climática, numa crise de sobrevivência da espécie humana* (LÖWY, 2013: 81).

As teses analisadas neste estudo, apesar de não abordarem diretamente a questão das mudanças climáticas em nível global, revelam suas contribuições com o tema quando evidenciam a complexidade da sua resolução a partir de problemas locais. Alguns trabalhos discutem, por exemplo, a liberação excessiva de gases poluentes na atmosfera e do desmatamento de reservas vegetais nativas para a extração de madeira e minérios pela expansão econômico-industrial internacional do sistema capitalista de produção.

Os trabalhos também revelam a alteração entre no equilíbrio entre as espécies vivas que acentuam a proliferação de vetores de doenças, a contaminação de fontes hídricas e o exaurimento de recursos naturais, que além de comprometerem a saúde das populações ameaçam as iniciativas de produção sustentável, ecológica e socialmente, de alimentos como, por exemplo, a agricultura familiar.

As diferentes formas de poluição talvez sejam as que mais se podem observar os efeitos que prejudicam ou dificultam a vida do ser humano ou do meio ambiente. No meio rural e nas pequenas cidades do interior a poluição está relacionada às queimadas e ao agronegócio que contaminam não somente o ar, mas também as águas e o solo e comprometem as vidas humanas, e de espécies animais e vegetais. Nas grandes cidades, a poluição é ainda mais preocupante. As indústrias, os veículos automotores e as negligências no saneamento, associadas às altas concentrações populacionais, afetam com maior intensidade o ambiente. Isso sem contar os ruídos excessivos (USP 049), um problema

sanitário e ambiental emergente, que fazem da poluição sonora um agravante para a saúde mental dos cidadãos.

No Brasil, as principais questões ambientais relacionadas com as condições de saúde incluíram o aumento da poluição atmosférica nas grandes cidades e sua relação com a morbidade e mortalidade, notadamente dos idosos, já relatadas há mais de duas décadas (SALDIVA, POPE *et al.*, 1995). Isso demonstra claramente o quanto o modelo de organização da sociedade pode comprometer fortemente a integridade e a vida das pessoas que nela vivem. Nessa direção, destaca-se uma das teses analisadas que demonstrou a persistência do problema, apontando que a *exposição de curto prazo à poluição do ar está associada com o aumento no número diário de mortes em idosos (UERJ 057)*.

A contaminação das águas também é uma questão central quando se trata de responsabilidade ambiental. A poluição das águas por elementos físicos, químicos e biológicos é extremamente nociva aos organismos, plantas e à atividade humana. O comprometimento de rios, lagoas e até oceanos já ganhou visibilidade na sociedade, e em algumas regiões já se pode observar a ausência total de vida nas águas. Entretanto, um fator muito preocupante, e pouco visível ainda, é o comprometimento dos lençóis freáticos por poluentes que lançados no solo já infiltraram até as reservas mais preciosas de água que humanidade dispõe. Nesse sentido uma das teses destaca que:

Os elevados processos de urbanização e industrialização sem um planejamento do uso racional dos recursos naturais têm modificado o ciclo das águas, impactando ainda mais os sistemas aquíferos subjacentes a essas regiões. [...] a relação entre qualidade de água subterrânea e saneamento é muito estreita, principalmente nas áreas urbanas com alta densidade populacional, forte industrialização e falta de serviços de saneamento. Problemas de contaminação por compostos nitrogenados, patógenos, fármacos e químicos industriais são comuns [...] esses contaminantes podem penetrar em níveis mais profundos desses aquíferos, persistindo por longo tempo, mesmo após a

remoção de fontes primárias de contaminação (USP, 133: 53)

Os efeitos dos diferentes tipos de poluição da água são complexos e, em muitos casos, ainda não compreendidos totalmente. Uma coisa é certa, todos os tipos de poluição têm efeitos negativos para o meio ambiente em diversas formas. A poluição da água é uma das maiores ameaças à saúde, afinal, não é possível sobreviver sem água e, se ela estiver contaminada causa sérios problemas à saúde. Os vários tipos de poluentes afetam a saúde humana de diferentes formas. Alguns micro-organismos, como bactérias, por exemplo, podem se desenvolver naturalmente na água ou serem introduzidos com outros tipos de poluição, principalmente em regiões que não possuem uma rede adequada de tratamento de água e esgoto.

Os seres vivos também são prejudicados quando ocorre o contato com a água contaminada por produtos químicos. O agronegócio neste caso é talvez o maior vilão, e não só com a água. A cadeia produtiva da agricultura industrializada agride o meio ambiente em todo seu processo, desde a indústria de fertilizantes petroquímicos, à devastação do solo até a dispensação de agrotóxicos nas grandes plantações. Assim, os impactos negativos para o ambiente são, sem dúvida, os desmatamentos e a poluição química. Para a sociedade, os impactos negativos estão na exclusão de um grande número de pessoas que poderiam sobreviver da agricultura familiar, e para a saúde humana podem causar doenças graves, como aponta uma das teses analisadas:

Como a utilização de agrotóxicos na agricultura brasileira e mundial é intensiva, pode-se considerar que este estudo avançou ao apontar a situação do uso dessas substâncias, além de verificar a relação de tal fato com a mortalidade por neoplasias hematológicas [...] Diante disso, conclui-se que, devido ao possível efeito deletério à saúde humana, o uso de agrotóxicos deve ser regulado de forma efetiva em escala global, regional e local. (UFRJ 025: 80)

A contaminação ambiental gerada por produtos químicos, intencional ou acidental, tem maior impacto na água, com efeitos cumulativos e podem levar anos para serem percebidos. Ela causa

prejuízos à saúde humana, grandes danos para a vida marinha, nos rios e nos lagos, e aos animais, como peixes e aves na sua cadeia alimentar. Para Giovanni Berlinguer (2004), há uma consideração de caráter moral, pois os danos ambientais recaem frequentemente em lugares distantes de quem os provoca e são uma ameaça para aqueles que ainda não nasceram.

Nessa direção, as consequências negativas das ações humanas que comprometem não somente a saúde e as condições ambientais. A dimensão social é fortemente marcada pela exploração intensa dos recursos naturais como matéria prima para grandes indústrias transnacionais. Comunidades tradicionais como indígenas e quilombolas têm seus territórios, além de reduzidos, constantemente ameaçados por grandes corporações. Assim como as famílias que sobrevivem da utilização da terra há muitas gerações acabam por ter sua subsistência em risco em função da exploração da cadeia extrativista de minério, conforme um dos trabalhos assinala:

As populações que historicamente habitam os territórios explorados são as que mais sentem esses impactos. Se a empresa monopoliza os lucros auferidos com exploração da bauxita, os danos ambientais são distribuídos entre as famílias que tradicionalmente utilizam a terra, sobrevivendo da agricultura e da pecuária. Os impactos ambientais inerentes ao processo produtivo podem ser separados, a priori, naqueles produzidos na exploração da bauxita e aqueles gerados a partir de seu transporte. Os impactos ligados à extração do minério se associam à retirada de matas e da vegetação original do topo de morros. [...] ocorre uma sensível redução das águas que são usadas pelas famílias desses territórios. Como medidas chamadas de mitigadoras, a empresa adota um conjunto de expedientes supostamente capazes de solucionar os impactos ambientais produzidos durante a extração da bauxita. A parte fértil do solo é retirada, para posteriormente ser devolvida; valas são

construídas para reter as águas pluviais nas partes íngremes; após o esgotamento da mina, ocorre o replantio de vegetação que deveria ser original. Contudo, observa-se nessas áreas a predominância de braquiária e eucalipto. Conforme as entrevistas, os assoreamentos, em períodos chuvosos, são constantes e, muitas vezes, vêm acompanhados pela poluição das águas que servem para usos diários, como a cocção de alimentos e a higiene, para criação de peixes etc (FIOCRUZ 037).

As práticas ambientais das grandes empresas são moldadas por um fator fundamental que ofende o sentido de justiça para muitas pessoas. Dependendo da circunstância, uma empresa de fato pode maximizar seus lucros, ao menos em curto prazo, degradando o ambiente e ferindo pessoas. As práticas ambientais da indústria da mineração, com suas atitudes econômicas e corporativas, só se mantêm por que o Estado e a sociedade permitem (DIAMOND, 2014).

Assim, o que se observa é que enquanto se agravavam os problemas sociais e se aprofundava a distância entre os países pobres e os industrializados, emergiram, com mais impacto, diversas manifestações da crise ambiental, que se relacionam diretamente com os padrões produtivos e de consumo prevalentes (JACOBI, 1999).

Dessa forma, a *questão da ecologia, do meio ambiente, é a questão central do capitalismo*, que está diretamente relacionada ao problema da destruição, da devastação, do envenenamento ambiental que é produto do processo de acumulação do capital (LÖWY, 2013: 81). Como efeito mais ameaçador estão as mudanças climáticas decorrentes do aquecimento global, que modificam a dinâmicas das águas no planeta, acentuando as secas em algumas regiões, e inundações em outras.

Entretanto, *os impactos mais sérios na saúde humana são produzidos, indubitavelmente, pelas condições de vida, a desigualdade social e a conseqüente exclusão e marginalidade que atingem dezenas de milhões de brasileiros e centenas de milhões da população mundial* (RATTNER, 2009). Um dos trabalhos analisados confirma que os grupos sociais excluídos são os mais afetados pela urbanização desordenada. Além da desproteção do Estado no direito à moradia digna, são os moradores das periferias que sentem com maior efeito os

estragos causados pelos fenômenos climáticos extremos, como as cheias e inundações, conforme destacado:

A pobreza seria, portanto, um componente da desigualdade social, pois impõe limitações diversas aos indivíduos, especialmente em uma situação de desastre (inundações) [...] a pobreza como um componente da vulnerabilidade e as desigualdades sociais como um fator de risco para desastres naturais. Dessa forma, a redução das iniquidades e da pobreza é o centro da discussão acerca da redução do risco de desastres (UFRJ 031).

A crítica ao modelo de desenvolvimento capitalista e, conseqüentemente, o enfrentamento dos atuais problemas revela a necessidade de alternativas societárias que superem a desigualdade social e a degradação das próprias bases materiais do modo de produção, não só em nível local, como global (LÖWY, 2013). Dessa forma, as discussões acerca da degradação ambiental devem estar pautadas na cidadania, defendida também pelas políticas públicas ambientais, tendo os valores da solidariedade e da sustentabilidade como orientadores de mudança que considerem o caráter plural da sociedade brasileira e as suas diferenças socioculturais.

Interdisciplinaridade em benefício do meio ambiente e da saúde

O modelo de desenvolvimento econômico e social intensificou os problemas ambientais e de saúde pública, acentuando a inter-relação entre os fenômenos biológicos, ecológicos e sociais. Neste contexto, a complexidade engendrada pela ação humana no ambiente tornou limitada a compreensão a partir de uma perspectiva disciplinar exclusivamente, e requer abordagens teórico-metodológicas que comportem as questões inerentes à dinâmica socioambiental.

A insuficiência dos diversos campos disciplinares para responder questões contemporâneas complexas sobre a produção do espaço social, onde se verificam cenários de degradação ambiental e a emergência de novos padrões de adoecimento decorrentes da alteração destes contextos não encontram respostas nas disciplinas científicas isoladas.

A dificuldade em reconhecer e interpretar novos padrões adocimento oriundos da relação do ser humano com o meio natural, com efeito, demanda estratégias interdisciplinares que agreguem o conhecimento de diferentes áreas. E dessa forma, ampliando a compressão que as questões ambientais estão presentes em todas as dimensões da vida humana, e essas interações de transformação do ambiente estão diretamente relacionada com a determinação social do processo saúde-doença (MINAYO e MIRANDA, 2002).

De forma geral, a questão ambiental situa-se na Saúde Coletiva, no que Nunes (2005: 14) refere ao transbordamento dos *limites disciplinares e que se apresenta na interface de áreas do conhecimento detentoras de especificidades teóricas e conceituais, procedentes das ciências biológicas, sociais, matemáticas, epidemiológicas e das humanidades que foram elaboradas ao longo dos séculos, no marco da cientificidade.*

As teses analisadas neste estudo apresentam características de convergência de diferentes campos disciplinares para questões relativas à preocupação com o meio ambiente e com as pessoas que nele vivem, expressando de alguma forma a responsabilidade pautada na solidariedade universal.

São poucos os trabalhos que apresentam um caráter multidisciplinar apenas das ciências básicas na sustentação teórica de seus objetos, mas de grande importância para revelar efeitos específicos de ações humanas no ambiente e apontar caminhos resolutivos para questões que afetam os mais diversos ecossistemas.

Dentre esses trabalhos estão objetos de investigação muito distintos, mas que em comum revelam a percepção crítica sobre a tecnologia, sua constituição histórica e sua função social, no sentido de não só compreender o sentido da tecnologia, mas também de repensar e redimensionar o papel da tecnologia na sociedade. Apontam também uma reflexão ética dos pesquisadores da área da Saúde Coletiva pela possibilidade de questionar sobre as ações humanas e suas consequências para o planeta.

Cabe destacar que são trabalhos que abrangem temas como: o estudo da qualidade da água de rios urbanos e as consequências para o saneamento e para os recursos hídricos; a relação entre a biodiversidade silvestre e o avanço da urbanização; a emissão de poluentes atmosféricos; as alterações ambientais e proliferação de vetores; a contaminação por aterros sanitários, e até mesmo o uso da nanotecnologia e suas implicações para ao ambiente e para a saúde, que

revela uma preocupação ética com a sua utilização de tecnologias emergentes, conforme descrito em uma das teses analisadas:

O impacto potencial da nanotecnologia na sociedade suscita debates sobre seus aspectos éticos, legais e sociais. Muitas das questões debatidas sobre as nanotecnologias não são novas nem exclusivas desta área de tecnologia, mas refletem as preocupações anteriores levantadas a respeito de outras tecnologias emergentes. No entanto, ao contrário de outras tecnologias emergentes do passado, a nanotecnologia tem o potencial de mudar profundamente não só o nosso padrão de vida e economia mundial, e até mesmo o conceito de humanidade. Assim, sugerimos, adicionalmente, que estudos outros sejam também otimizados, pois, da mesma forma que se desenvolve as nanotecnologias, em paralelo, urge o desenvolvimento de metodologias de controle dos subprodutos advindos dos processos de produção, de forma a não se ter contaminações no ambiente e possíveis impactos na saúde, propiciando, também, que os gestores da saúde tenham condições de atuarem somente com os benefícios tecnológicos (FIOCrux 002: 114).

Nesse sentido, cabe ressaltar que a biotecnologia, assim como as novas tecnologias, em decorrência da multiplicidade dos seus aspectos aplicáveis na prática pode estar a favor da manutenção dos modos destrutivos do modelo de produção, como também desempenhar um papel importante na direção da sustentabilidade e na proteção da vida.

As ciências básicas e aplicadas são indissociáveis, e dessa maneira precisam obrigatoriamente estar implicadas com o cotidiano vivido. Sua aplicabilidade na resolução dos problemas advindos das formas de organização e produção nas sociedades contemporâneas é inseparável das dimensões da vida humana, e por isso devem estar

comprometidas com as questões relativas aos efeitos negativos que produzem os sistemas tecnológicos.

Com efeito, o diálogo interdisciplinar na Saúde Coletiva afirma sua reponsabilidade com o meio ambiente, e assinala que esta área de conhecimento deve produzir novos saberes e criar meios para integrar as pessoas que estão excluídas da possibilidade de escolha das novas tecnologias para seu benefício. E assim, apontar caminhos que reduzam as desigualdades sociais com a participação democrática de todos os envolvidos, e acima de tudo que promovam a sustentabilidade.

Assim, ao abranger os grandes campos disciplinares que compõem a Saúde Coletiva, entende-se que esses arranjos e essas articulações se dão à medida que é necessário avançar nas barreiras das teorias e dos conhecimentos já consolidados para descrever, explicar ou interpretar a realidade de saúde (NUNES, 2006a). Nessa direção, já existem proposições para se formular um conceito de saúde ambiental que consiste em todos aqueles aspectos da saúde humana, incluindo a qualidade de vida, que estão determinados por fatores físicos, químicos, biológicos, sociais e psicológicos no meio ambiente (STEDILE, GUIMARÃES *et al.*, 2015).

Temática ambiental e sanitária relacionada às políticas públicas

Algumas das teses analisadas abordam em seus objetos e marcos teóricos a relação de políticas públicas à temática ambiental e sanitária. Nesse sentido, esta subcategoria analítica é oriunda da análise de alguns trabalhos que relacionam as questões ambientais e de sustentabilidade com políticas de promoção da saúde, de segurança alimentar e de educação ambiental. Também inclui as teses que discutem aspectos relativos à gestão com a temática do meio ambiente.

Estudos focados na percepção ambiental a partir de experiências exitosas são fundamentais para a compreensão das inter-relações entre sociedade e ambiente na busca de soluções para os problemas enfrentados atualmente. Esses trabalhos fornecem subsídios para a construção de estratégias que minimizem agravos socioambientais e implementem programas de educação e promoção da saúde de forma a assegurar a participação de todos os envolvidos no processo de gestão ambiental e sanitária.

Assim, as políticas públicas ambientais assumiram papel primordial de proteger o meio ambiente, integrando sua proteção aos demais objetivos da vida em sociedade, como forma, inclusive, de proporcionar qualidade de vida vivida. Cabe destacar aqui a

incorporação da temática ambiental e do desenvolvimento na gestão e na formulação de políticas públicas de saúde, destacadas em um dos trabalhos pela importância potencial do tema para a gestão em saúde. Entretanto, este mesmo estudo destaca alguns problemas enfrentados,

entre eles a falta de um planejamento municipal integrado, a dificuldade de priorização das doenças e agravos de grande carga ambiental na agenda do gestor, a falta de uma política de intersetorialidade, a dependência técnica e financeira de outras esferas de poder, limitação da capacitação dos profissionais das áreas de Vigilância e a falta de uma instância metropolitana para planejamento e ações comuns aos municípios estudados (FIOcruz 085).

As políticas de saúde, como a Política Nacional de Atenção Básica, por exemplo, também têm grande importância na relação com as estratégias de responsabilidade socioambiental. Uma das teses destaca o papel dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) na prevenção de desastres naturais por deslizamento no município do Rio de Janeiro, em parceria com a Defesa Civil da Cidade. A partir do território buscaram-se compreender as vulnerabilidades socioambientais e capacitar os ACS para contribuir no processo preventivo

Conhecer o território a partir de seus fixos e fluxos permitiu verificar que a comunidade possui infraestrutura e condições de vida ligeiramente melhores, se comparada a outras do município, [...] porém tudo isso não isenta a comunidade dos riscos de desastres por deslizamento de terra em situação de chuvas intensas [...] As vulnerabilidades socioambientais estão no cerne da geração dos desastres naturais e devem ser reduzidas com vistas para prevenir situação atuais e futuras. [...] os ACS cumprem um papel de muita responsabilidade junto ao Sistema de Alerta e Alarma implantado na comunidade, que

ultrapassa a sua capacidade de resposta, pois estes profissionais serão os primeiros a serem acionados pela Defesa Civil em caso de alerta e alarme para contribuir com a evacuação das áreas. [...] As funções que os ACS cumprem o papel como voluntários para contribuir no sentido de salvar vidas, embora tenham noção de que se trata de uma ação emergencial pautada num sistema sujeito a falhas. (FIOcruz 123: 157).

Assim, tanto o processo de mobilização dos profissionais, quanto das pessoas envolvidas diretamente nas questões pertinentes ao meio ambiente demandam conexões políticas e coletivas. Considerar que impactos ambientais são percebidos e interpretados de forma diferente pelas pessoas reconhece que a percepção individual afeta a forma de encarar os problemas ambientais. Isso implica em ações práticas voltadas à educação ambiental.

Um objetivo fundamental da educação ambiental é lograr que os indivíduos e a coletividade compreendam a natureza complexa do meio ambiente natural e do meio ambiente criado pelo homem, resultante da integração de seus aspectos biológicos, físicos, sociais, econômicos e culturais, e adquiram os conhecimentos, os valores, os comportamentos e as habilidades práticas para participar responsável e eficazmente da prevenção e solução dos problemas ambientais, e da gestão da questão da qualidade do meio ambiente (UNESCO, 1997: 98).

Os indivíduos e As comunidades de ter oportunidade de conhecer e controlar os fatores que determinam sua saúde. Paulo Buss (2003: 26) *ambientes favoráveis, acesso à informação, habilidades para viver melhor, bem como oportunidades para fazer escolhas mais saudáveis*, estão entre os principais elementos que permitem a todas as pessoas realizar seu potencial de saúde.

As reivindicações de direitos na direção da responsabilidade ambiental estão marcadas por uma nova sensibilidade de coletivos sociais que passaram a perceber os resultados positivos das mudanças de comportamento em relação à questão ambiental. A partir da implementação, em nível local, de práticas e ações sustentáveis, pautadas na educação ambiental, pode-se observar as mudanças na relação com o meio ambiente e na preocupação com as gerações atuais e futuras. A agricultura urbana, nesse sentido, merece um destaque especial pela relação direta com a promoção da saúde, como indica os resultados de uma das teses analisadas, que:

apontam uma estreita ligação entre a prática das hortas e as diretrizes da Promoção da Saúde. Foi possível identificar significados e valores, tanto no nível individual como no coletivo, convergentes com o ideário da Promoção da Saúde, associados aos seus diferentes campos e princípios, como a criação de ambientes saudáveis, o reforço da ação comunitária, o desenvolvimento de habilidades pessoais, o resgate de práticas e hábitos tradicionais, o estímulo à autonomia e ao empoderamento e demandas por reorientação dos serviços (USP 075).

Estratégias como esta, que envolvem políticas públicas de diferentes setores, tem papel incisivo e decisivo no modo de vida e nos modos de produção, passando a ter um papel fundamental como instrumentos não só de desenvolvimento econômico-social, mas também, como forma de garantia de preservação de recursos às futuras gerações.

As estratégias de transformação da atual situação ambiental requerem que todos os cidadãos assumam sua parte na ação de cuidado e preservação do meio ambiente, elemento vulnerável frente à capacidade de destruição em que a humanidade se encontra. Assim, a sustentabilidade pautada na solidariedade universal precisa deixar de ser categoria acadêmica e contra hegemônica na sociedade, passando a integrar os valores legítimos da prática da cidadania cosmopolita, global.

Evitar a destruição da ecosfera, evitar o risco de desertificação do planeta, exterminar a praga da fome e da guerra, destruir a maldição da pobreza são tarefas que ultrapassam em muito as possibilidades de uma nação. Vivemos – é inegável – em uma “Aldeia Global”, que tornou pequenos os estados-nação e exige soluções globais para seus problemas (CORTINA, 2005: 206).

Assim, a sustentabilidade como caminho para transformação ambiental, social e política, precisa estar balizada por uma profunda e constante reflexão de natureza ética, que responsabiliza todos os membros da “Aldeia Global”, todos os cidadãos do mundo, pelos danos causados ao planeta. Para isso, necessariamente deve assumir uma direção que inclua, não somente todas as dimensões da vida no planeta, mas também a solidariedade universal como valor orientador dessas ações.

6.4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O ambiente sempre esteve presente nos discursos e práticas sanitárias. Entretanto, foi somente com a intensificação do processo de industrialização e urbanização nas últimas décadas que as discussões acerca dos problemas ambientais passaram a ter mais destaque.

O sistema capitalista dominante e perverso é sem dúvida o grande responsável pelos efeitos nocivos observados no ambiente. Dentre suas estratégias de ação está o incentivo ao consumo desenfreado, e para isso uma série de artifícios fruto dos anúncios publicitários que influenciam as pessoas, e essas até de forma inconsciente ingressam nesse processo articulado pelo sistema. As pessoas aumentem gradativamente o seu consumo, geralmente sem necessidade, e nessa busca por adquirir bens materiais que os valores humanos são perdidos ou deixados de lado. Nessa lógica perversa, os bens adquiridos acabaram assumindo uma importância maior que as relações humanas como amizade, solidariedade, companheirismo e a cooperação.

O desenvolvimento, econômico e tecnológico, necessita estar subordinado não apenas uma modernidade técnica, mas aos imperativos de uma modernidade ética. E essa ética necessita dar resposta a novos

desafios, pautados em valores de solidariedade e de cooperação que fomentem relações humanas de reciprocidade e simetria. Trata-se de enquadrar eticamente relações de poder assimétricas e, no limite, unilaterais e não recíprocas.

A garantia de um ambiente equilibrado e de formas de sobrevivência sustentáveis sem dúvida se configuram em grandes desafios para os povos contemporâneos. O êxito nesta árdua tarefa está na compatibilização do crescimento e do desenvolvimento com preservação ambiental, que resultem na melhoria das condições de vida e conscientização dos cidadãos do mundo que as gerações futuras dependem da solidariedade, da responsabilidade e do espírito participativo na gestão racional dos recursos ambientais.

Nessa direção, a possibilidade de realização de estratégias sustentáveis teria como pressuposto a vontade humana, individual ou coletiva, estabelecida com base em princípios éticos de convívio na relação entre as pessoas, e destas com a Natureza. Assim, a sustentabilidade demanda uma nova concepção fundamentada na responsabilidade irrevogável e global, que conjuguem as potências dos acordos entre desiguais e diversos de modo a assegurar a garantia de vida boa das gerações futuras. Para isso cabe a constante reflexão e o profundo questionamento se as atitudes de cada um no cotidiano vivido estão sendo solidárias com os valores da Terra.

6.4 REFERÊNCIAS

ASSMANN, H.; SUNG, J.M. **Competência e sensibilidade solidária: educar para a esperança**. São Paulo: Editora Vozes, 2000. 331 p.

AUGUSTO, L.G.D.S.; TAMBELLINI, A.T.; MIRANDA, A.C.D.; CARNEIRO, F.F.; CASTRO, H.; PORTO, M.F.D.S.; RIGOTTO, R.M.; SCHÜTZ, G.E. Desafios para a construção da "Saúde e Ambiente" na perspectiva do seu Grupo Temático da Associação Brasileira de Saúde Coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 4081-4089, 2014. ISSN 1413-8123. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001004081&nrm=iso >.

BAUMAN, Z. A Word in Search of Flesh: Solidarity. **New Eastern Europe**, v. Apr-Jun, n. 2, 2013.

- BERLINGUER, G. **Bioética cotidiana**. Brasília: DF: Editora Universidade de Brasília, 2004. 280 p. ISBN 85-230-0741-5.
- BRASIL, M.D.S. **Mudanças climáticas e ambientais e seus efeitos na saúde: cenários e incertezas para o Brasil** Brasília: 2008. p. ISBN 978-85-87943-79-8.
- BUSS, P.M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. . In: FREITAS, D. C. C. M. D. (Ed.). **Promoção da saúde: coceitos, reflexões e tedências**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. p.15-38.
- CORTINA, A. **El mundo de los valores: ética mínima y educación**. Santafé de Bogotá: Editorial el Buho, 1998. p.
- CORTINA, A. **Cidadãos do mundo: para uma teoria da cidadania**. São Paulo: Edições Loyola, 2005. 210 p.
- CORTINA, A. **Aliança e contrato - Política, ética e religião**. São Paulo: Edições LOYOLA, 2008. 195 p.
- CORTINA, A.; MARTÍNEZ, E. **Ética**. São Paulo: Edições Loyola, 2005. 176 p. ISBN 9788515031153.
- DENZIN, N.K.; LINCOLN, Y.S. **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. Porto Alegre: Artmed, 2006. p.
- DIAMOND, J.M. **Colapso como as sociedades escolhem o fracasso ou o sucesso**. Rio de Janeiro: Record, 2014. p. ISBN 9788501065940.
- FREITAS, C.M.D. Problemas ambientais, saúde coletiva e ciências sociais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, p. 137-150, 2003. ISSN 1413-8123. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000100011&nrm=iso>.
- GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002. p. ISBN 85-224-3169-8.
- GONÇALVES, E.R.; GARCIA, L.P.; VERDI, M.I.M. Aspectos éticos na Pesquisa Epidemiológica em Saúde Bucal. In: ANTUNES, J. L. F.

e PERES, M. A. (Ed.). **Epidemiologia da Saúde Bucal**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

GUNSON, D. Solidarity and the Universal Declaration on Bioethics and Human Rights. **J Med Philos**, v. 34, n. 3, p. 241-60, Jun 2009. ISSN 1744-5019 (Electronic) 0360-5310 (Linking).

HABERMAS, J. **Dialética e hermenêutica**. Porto Alegre: LPM, 1987. p.

JACOBI, P. Poder local, políticas sociais e sustentabilidade. **Saúde e Sociedade**, v. 8, p. 31-48, 1999. ISSN 0104-1290. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12901999000100004&nrm=iso >.

LEAL, M.B.; CAMARGO JUNIOR, K.R.D. Saúde Coletiva em debate: reflexões acerca de um campo em construção. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 16, p. 53-66, 2012. ISSN 1414-3283. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832012000100005&nrm=iso >.

LÖWY, M. Crise ecológica, crise capitalista, crise de civilização: a alternativa ecossocialista. **Caderno CRH**, v. 26, p. 79-86, 2013. ISSN 0103-4979. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-49792013000100006&nrm=iso >.

LUZ, M.T. Complexidade do campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, e transdisciplinaridade de saberes e práticas - análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. **Saúde e Sociedade**, v. 18, p. 304-311, 2009. ISSN 0104-1290. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000200013&nrm=iso >.

MINAYO, M.C.D.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11^a. São Paulo: Hucitec, 2008. 407 p.

MINAYO, M.C.D.S. A produção de conhecimentos na interface entre as ciências sociais e humanas e a saúde coletiva. **Saúde e Sociedade**, v. 22, p. 21-31, 2013. ISSN 0104-1290. Disponível em: <

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902013000100004&nrm=iso >.

MINAYO, M.C.D.S.; MIRANDA, A.C.D. **Saúde e ambiente sustentável: estreitando nós**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. p. ISBN 978-85-7541-366-1.

MINAYO, M.C.D.S.F., CARLOS MACHADO DE; ROZEMBERG, BRANI; MENDES, REGINA L; PORTO, MARCELO FIRPO DE SOUZA; SOARES, MARIZA. O Programa Institucional sobre Saúde e Ambiente no Processo de Desenvolvimento da Fundação Oswaldo Cruz **Anais da academia brasileira de ciências**, v. 71, n. 2, p. 279-288, 1999.

NUNES, E.D. Pós-graduação em saúde coletiva no Brasil: histórico e perspectivas. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 15, p. 13-38, 2005. ISSN 0103-7331. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312005000100002&nrm=iso >.

NUNES, E.D. Saúde Coletiva: uma história recente de um passado remoto. In: CAMPOS, G. W. D. S. (Ed.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Editora Hucitec, 2006.

NUNES, E.D.; MARCONDES, W.B.; CABRAL, C.D.S. A Saúde Coletiva como prática científica: a institucionalização do campo em publicações, teses e dissertações. In: HORTALE, V. A.; MOREIRA, C. O. F.; BODSTEIN, R. C. D. A. e RAMOS, C. L. (Ed.). **Pesquisa em saúde coletiva: fronteiras, objetos e métodos**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010. cap. 4, p.105-126.

PAIM, J.S. **Desafios para a saúde coletiva no século XXI**. Salvador: EDUFBA, 2006. 154 p. ISBN 85-232-0395-8.

PIGNATTI, M.G. Saúde e ambiente: as doenças emergentes no Brasil. **Ambiente & Sociedade**, v. 7, p. 133-147, 2004. ISSN 1414-753X. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-753X2004000100008&nrm=iso >.

RATTNER, H. Meio ambiente, saúde e desenvolvimento sustentável. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 1965-1971, 2009. ISSN

1413-8123. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000600002&nrm=iso>.

RORTY, R. **Contingência, Ironia e Solidariedade**. São Paulo: Martins Fontes, 2007. p. ISBN 9788599102510.

ROSAS-JIMÉNEZ, C.A. La solidaridad como un valor bioético. **Persona y Bioética**, v. 15, p. 10-25, 2011. ISSN 0123-3122. Disponível em: <
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-31222011000100002&nrm=iso>.

SALDIVA, P.H.N.; POPE, C.A.; SCHWARTZ, J.; DOCKERY, D.W.; LICHTENFELS, A.J.; SALGE, J.M.; BARONE, I.; BOHM, G.M. Air Pollution and Mortality in Elderly People: A Time-Series Study in Sao Paulo, Brazil. **Archives of Environmental Health: An International Journal**, v. 50, n. 2, p. 159-163, 1995/04/01 1995. ISSN 0003-9896. Disponível em: <
<http://dx.doi.org/10.1080/00039896.1995.9940893>>.

SCHRAMM, F.R.; KOTTOW, M. Principios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 17, p. 949-956, 2001. ISSN 0102-311X. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2001000400029&nrm=iso>.

STEDILE, N.L.R.; GUIMARÃES, M.C.S.; FERLA, A.A.; FREIRE, R.C. Contribuições das conferências nacionais de saúde na definição de políticas públicas de ambiente e informação em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 2957-2971, 2015. ISSN 1413-8123. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015001002957&nrm=iso>.

UNESCO. **Educação ambiental: as grandes orientações da Conferência de Tbilisi**. IBAMA. Brasília, DF 1997.

ZOLL, R. **O Que é solidariedade hoje?** Ijuí (RS): Ed. Unijuí, 2007. p. ISBN 9788574296258.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS DA TESE

A natureza histórica e contraditória que a solidariedade pode assumir no campo das práticas em saúde também aprimorou o olhar para perceber tanto as armadilhas do assistencialismo como a potência de transformação da responsabilidade social. Seja nas ações cotidianas, seja na formulação de políticas públicas, o valor solidariedade é imperativo para a convivência em sociedade que seja impulsionada pela capacidade dos seres humanos de construir uma vida melhor.

Assim, a construção deste trabalho oportunizou bem mais que o aprimoramento acadêmico. Possibilitou aperfeiçoar as “lentes” que observam o mundo pela apreensão de novos conceitos éticos aplicáveis ao cotidiano vivido. O aprofundamento na ética aplicada à Saúde Coletiva a partir do valor solidariedade convidou a revisitar outros conceitos caros à área como a justiça, a democracia e a cidadania. Nesse sentido, os valores da Ética Cívica apreendidos com este estudo permitem ampliar os questionamentos e o estranhamento para uma ampla gama de situações iníquas que persistem banalizadas nas sociedades contemporâneas.

Partindo do pressuposto de que a solidariedade é um valor estruturante para Saúde Coletiva, pode-se afirmar que a solidariedade vem sendo pouquíssimo estudada nos programas de pós-graduação em Saúde Coletiva no Brasil e isso traz consequências e reflexos atuais. Como o baixo nível transformador e mobilizatório que os pesquisadores, instituições e sujeitos identificados com a bandeira da Saúde Coletiva no Brasil apresentam nesse início de milênio uma produção acadêmica pouco comprometida com o fortalecimento do tecido social. O campo da Saúde coletiva legítima assim, a condução conservadora do status quo. O que denuncia sua evidente crise epistemológica e de identidade estabelecida. Essa constatação pode constituir-se ainda em um humilde pedido de alerta para a necessidade de politização e conscientização constante deste e de todos os campos do conhecimento no sentido da mudança social, comunitária e coletiva da comunidade local.

A problemática social profundamente marcada pelos diferentes tempos e espaços das relações reitera o caráter multidimensional e complexo da exclusão social, que torna imperativa uma abordagem integrada, na qual seja prioridade a transformação das condições de vida de pessoas excluídas. Dessa forma, a solidariedade se revela como valor universal e estruturante para que a promoção da inclusão, nas suas diferentes formas de manifestação, seja conquistada de modo emancipatório.

A aproximação com o tema das desigualdades reafirma o compromisso que a produção de conhecimento na Saúde Coletiva tem com a transformação do modelo excludente e perverso de sociedade que faz com que poucos concentrem grandes riquezas e muitos vivam sem os mínimos de justiça.

Entretanto, é fundamental que este processo esteja alinhado com uma real democratização do Estado, constituindo a ampliação efetiva da participação cidadã em processos decisórios que comportem a obtenção de consensos acerca da alocação dos recursos públicos e do bem comum. Esse processo precisa estar engendrado com as iniciativas populares, de forma a impulsionar a politização e inclusão de coletivos sociais marginalizados historicamente, da definição de estratégias e na elaboração das políticas públicas.

As ações de inclusão necessitam estar além da materialidade da vida, alcançando também as dimensões subjetivas do viver humano, como a autoestima e o do sentimento de pertença à comunidade, à cultura e ao ambiente natural.

Assim, a “Aldeia Global” está desafiada a descobrir saídas para os problemas que a própria humanidade criou. A construção de caminhos mais solidários para a convivência dos seres humanos entre si e com a natureza, hoje mais que nunca, carece da solidariedade com a própria vida sob todas as suas formas e dimensões. É justamente nas articulações que se estabelecem entre saúde, ambiente e estrutura social que cada sociedade engendra o seu sistema de proteção social, devendo ser compreendidas também a partir da noção de cidadania, de equidade e de justiça.

A perspectiva da solidariedade universal certamente é a baliza estruturante para a transformação das desigualdades na direção da melhoria das condições de vida e da situação de saúde das populações excluídas. Consequentemente na melhoria das condições de vida de todas as pessoas, uma vez que as iniquidades afetam toda a sociedade.

O sistema capitalista dominante encontra no neoliberalismo a sua face mais perversa, tornando-se o grande responsável das iniquidades que se revelam cotidianamente nas relações entre as pessoas, e destas com o ambiente. Seu modus operandi acentuou historicamente a valoração material pautada no egoísmo e na competição em detrimento de valores humanos essenciais para uma vida plena para todos os cidadãos do mundo. Assim, o consumo desenfreado de bens materiais e a corrida pelo lucro tomaram uma importância maior que as relações humanas sustentadas por valores como a amizade, a solidariedade, o companheirismo e a cooperação.

A conquista da tão almejada igualdade só será possível pela via da solidariedade universal que aporta outros valores como o respeito ativo às diferenças e à valorização da liberdade como um bem humano inalienável. A solidariedade também se constitui em valor elementar no desenvolvimento ético da sensibilidade humana no reconhecimento do outro como singular e na percepção da riqueza que está na diversidade rumo à construção de uma sociedade melhor e mais justa.

O desenvolvimento econômico e tecnológico necessita estar subordinado não apenas a uma modernidade técnica, mas aos imperativos de uma modernidade ética. E essa ética necessita dar resposta a novos desafios, pautados em valores de solidariedade e de cooperação que fomentem relações humanas de reciprocidade e simetria. Trata-se de enquadrar eticamente relações de poder assimétricas e, no limite, unilaterais e não recíprocas.

O êxito nesta árdua tarefa está na compatibilização do desenvolvimento com preservação ambiental, que resultem na melhoria das condições de vida e conscientização dos cidadãos do mundo que as gerações futuras dependem da solidariedade, da responsabilidade e do espírito participativo na gestão racional dos recursos ambientais.

Nessa direção, a possibilidade de realização de estratégias sustentáveis teria como pressuposto a vontade humana, individual ou coletiva, estabelecida com base em princípios éticos de convívio na relação entre as pessoas, e destas com a Natureza. Assim, a superação dos limites do atual modelo capitalista de produção exige uma nova concepção fundamentada na responsabilidade irrevogável e global, que conjuguem as potências dos acordos entre desiguais e diversos de modo a assegurar a garantia de vida boa das gerações futuras..

8 REFERÊNCIAS

- ABBAGNANO, N. **Dicionário de filosofia**. 5ª. São Paulo: Martins Fontes, 2007. p.
- ALMEIDA FILHO, N.D. Educação Perversa. **O Globo**, 28/07/2014 2014. Disponível em: < <http://oglobo.globo.com/opiniao/educacao-perversa-13388723> >. Acesso em: 06/11/2014.
- ALMEIDA FILHO, N.M.D. Contextos, impasses e desafios na formação de trabalhadores em Saúde Coletiva no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, p. 1677-1682, 2013. ISSN 1413-8123. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000600019&nrm=iso >.
- ALVES, C.A. O princípio da solidariedade na esfera bioética: identidade pessoal e gerações futuras. **Direito & Justiça**, v. 34, n. 1, p. 74-87, 2008. Disponível em: < <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fadir/article/view/5160/3784> >.
- ASSMANN, H.; SUNG, J.M. **Competência e sensibilidade solidária: educar para a esperança**. São Paulo: Editora Vozes, 2000. 331 p.
- AUGUSTO, L.G.D.S.; TAMBELLINI, A.T.; MIRANDA, A.C.D.; CARNEIRO, F.F.; CASTRO, H.; PORTO, M.F.D.S.; RIGOTTO, R.M.; SCHÜTZ, G.E. Desafios para a construção da 'Saúde e Ambiente" na perspectiva do seu Grupo Temático da Associação Brasileira de Saúde Coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 4081-4089, 2014. ISSN 1413-8123. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001004081&nrm=iso >.

BARATA, R.B. Iniquidade e saúde: a determinação social do processo saúde-doença. **REVISTA USP**, n. 51, p. 138-145, 2001.

BARATA, R.B. A Pós-Graduação e o campo da Saúde Coletiva. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 18, p. 189-214, 2008. ISSN 0103-7331. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312008000200002&nrm=iso >.

BARATA, R.B. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ 2009. p. ISBN 9788575411841.

BARATA, R.B.; SANTOS, R.V. Pós-graduação em Saúde Coletiva no Brasil: o imprescindível papel da avaliação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 1897-1907, 2010. ISSN 1413-8123. Disponível em: < http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000400003&nrm=iso >.

BAUMAN, Z. A Word in Search of Flesh: Solidarity. **New Eastern Europe**, v. Apr-Jun, n. 2, 2013.

BERLINGUER, G. **Ética da saúde**. HUCITEC, 1996. p. ISBN 9788527103664.

BERLINGUER, G. **Bioética cotidiana**. Brasília: DF: Editora Universidade de Brasília, 2004. 280 p. ISBN 85-230-0741-5.

BERTUCCI, J.D.O. Desenvolvendo a solidariedade no caminho da transição: um ensaio sobre a teoria do socialismo a partir de Marx. **Economia e Sociedade**, v. 19, n. 1 (38), p. 173-200, 2010.

BIRMAN, J. A physis da saúde coletiva. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 1, p. 7-11, 1991. ISSN 0103-7331. Disponível em: <

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73311991000100001&nrm=iso >.

BRASIL, M.D.S. **Mudanças climáticas e ambientais e seus efeitos na saúde: cenários e incertezas para o Brasil** Brasília: 2008. p. ISBN 978-85-87943-79-8.

BUSS, P.M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. . In: FREITAS, D. C. C. M. D. (Ed.). **Promoção da saúde: coceitos, rflexões e tedências**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. p.15-38.

BUSS, P.M.; PELLEGRINI FILHO, A. Iniquidades em saúde no Brasil, nossa mais grave doença: comentários sobre o documento de referência e os trabalhos da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, p. 2005-2008, 2006. ISSN 0102-311X. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000900033&nrm=iso >.

CAMARGO JR., K.R.D. Ética, Moral e Saúde Coletiva. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 24, p. 09-10, 2014. ISSN 0103-7331. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312014000100009&nrm=iso >.

CAPONI, S. A lógica da compaixão. **Trans/Form/Ação**, v. 21-22, p. 91-117, 1999. ISSN 0101-3173. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-31731999000100009&nrm=iso >.

CASTEL, R. **As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário**. Vozes, 1998. p. ISBN 9788532619549.

CORTINA, A. **El mundo de los valores: ética mínima y educación**. Santafé de Bogotá: Editorial el Buho, 1998. p.

- CORTINA, A. **Ética Mínima - Introducción a la Filosofía Práctica**. 6ª. Madrid: EDITORIAL TECNOS, 2000. p.
- CORTINA, A. **O fazer ético: guia para a educação moral**. São Paulo: Moderna, 2003. p. ISBN 9788516038984.
- CORTINA, A. **Cidadãos do mundo: para uma teoria da cidadania**. São Paulo: Edições Loyola, 2005. 210 p.
- CORTINA, A. **Aliança e contrato - Política, ética e religião**. São Paulo: Edições LOYOLA, 2008. 195 p.
- CORTINA, A. **La ética**. 6. Barcelona: Paidós, 2013. p. ISBN 9788449328770.
- CORTINA, A.; MARTÍNEZ, E. **Ética**. São Paulo: Edições Loyola, 2005. 176 p. ISBN 9788515031153.
- DEMO, P. **Solidariedade como efeito de poder**. São Paulo: Cortez; Instituto Paulo Freire, 2002. p. ISBN 9788524908835.
- DENZIN, N.K.; LINCOLN, Y.S. **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. Porto Alegre: Artmed, 2006. p.
- DIAMOND, J.M. **Colapso como as sociedades escolhem o fracasso ou o sucesso**. Rio de Janeiro: Record, 2014. p. ISBN 9788501065940.
- DURKHEIM, É. **Da divisão social do trabalho**. 2. São Paulo: Martins Fontes, 1999. 483p p.
- ELIAS, N.; SCOTSON, J.L. **Os estabelecidos e os outsiders: sociologia das relações de poder a partir de uma pequena comunidade**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2000. p.

- ESCOREL, S. **Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999. 208 p. ISBN 9788585676575.
- FLEURY, S. Desigualdades injustas: o contradireito à saúde. **Psicologia & Sociedade**, v. 23, p. 45-52, 2011. ISSN 0102-7182. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822011000400007&nrm=iso>.
- FREITAS, C.M.D. Problemas ambientais, saúde coletiva e ciências sociais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, p. 137-150, 2003. ISSN 1413-8123. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000100011&nrm=iso>.
- GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002. p. ISBN 85-224-3169-8.
- GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6ª. São Paulo: Atlas, 2008. p. ISBN 9788522451425.
- GONÇALVES, E.R.; GARCIA, L.P.; VERDI, M.I.M. Aspectos éticos na Pesquisa Epidemiológica em Saúde Bucal. In: ANTUNES, J. L. F. e PERES, M. A. (Ed.). **Epidemiologia da Saúde Bucal**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
- GRANDA, E. A qué llamamos salud colectiva, hoy. **Revista Cubana de Salud Pública**, v. 30, p. 0-0, 2004. ISSN 0864-3466. Disponível em: <
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000200009&nrm=iso>.
- GUNSON, D. Solidarity and the Universal Declaration on Bioethics and Human Rights. **J Med Philos**, v. 34, n. 3, p. 241-60, Jun 2009. ISSN 1744-5019 (Electronic) 0360-5310 (Linking).

HABERMAS, J. **Dialética e hermenêutica**. Porto Alegre: LPM, 1987. p.

HABERMAS, J. **Teoria y praxis : estudios de filosofia social**. 2^a. Madrid: Tecnos, 1990. p.

HONNETH, A. **Luta por reconhecimento: a gramática moral dos conflitos sociais** São Paulo: Ed. 34, 2003. p.

HOSSNE, W.S.; LEOPOLDO E SILVA, F. Dos referenciais da Bioética – a Solidariedade. **Revista Bioethikos**, v. 7, n. 2, p. 150-156, 2013. Disponível em: < <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/103/3.pdf> >.

IRIART, J.A.B.; DESLANDES, S.F.; MARTIN, D.; CAMARGO JR., K.R.D.; CARVALHO, M.S.; COELI, C.M. A avaliação da produção científica nas subáreas da Saúde Coletiva: limites do atual modelo e contribuições para o debate. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, p. 2137-2147, 2015. ISSN 0102-311X. Disponível em: < http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015001202137&nrm=iso >.

JACOBI, P. Poder local, políticas sociais e sustentabilidade. **Saúde e Sociedade**, v. 8, p. 31-48, 1999. ISSN 0104-1290. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12901999000100004&nrm=iso >.

KROPOTKIN, P.A. **El Apoyo Mutuo Un Factór de la Evolución**. Barcelona: EDITORIAL B. BAUZA VICENTE MATERA, 1902. p.

LEAL, M.B.; CAMARGO JUNIOR, K.R.D. Saúde Coletiva em debate: reflexões acerca de um campo em construção. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 16, p. 53-66, 2012. ISSN 1414-3283. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832012000100005&nrm=iso >.

- LÖWY, M. Crise ecológica, crise capitalista, crise de civilização: a alternativa ecossocialista. **Caderno CRH**, v. 26, p. 79-86, 2013. ISSN 0103-4979. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-49792013000100006&nrm=iso >.
- LUZ, M.T. Complexidade do campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, e transdisciplinaridade de saberes e práticas - análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. **Saúde e Sociedade**, v. 18, p. 304-311, 2009. ISSN 0104-1290. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000200013&nrm=iso >.
- LUZ, M.T.; MATTOS, R.D.S. Dimensões qualitativas na produção científica, tecnológica e na inovação em Saúde Coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 1945-1953, 2010. ISSN 1413-8123. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000400010&nrm=iso >.
- MAGALHÃES, R. Integração, exclusão e solidariedade no debate contemporâneo sobre as políticas sociais. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 17, p. 569-579, 2001. ISSN 0102-311X. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2001000300012&nrm=iso >.
- MASSIGNAM, F.M.; BASTOS, J.L.D.; NEDEL, F.B. Discriminação e saúde: um problema de acesso. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, p. 541-544, 2015. ISSN 2237-9622. Disponível em: < http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222015000300541&nrm=iso >.
- MINAYO, M.C.D.S. Estrutura e sujeito, determinismo e protagonismo histórico: uma reflexão sobre a práxis da saúde

coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, p. 07-19, 2001. ISSN 1413-8123. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000100002&nrm=iso>.

MINAYO, M.C.D.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11^a. São Paulo: Hucitec, 2008. 407 p.

MINAYO, M.C.D.S. A produção de conhecimentos na interface entre as ciências sociais e humanas e a saúde coletiva. **Saúde e Sociedade**, v. 22, p. 21-31, 2013. ISSN 0104-1290. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902013000100004&nrm=iso>.

MINAYO, M.C.D.S.; MIRANDA, A.C.D. **Saúde e ambiente sustentável: estreitando nós**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. p. ISBN 978-85-7541-366-1.

MINAYO, M.C.D.S.F., CARLOS MACHADO DE; ROZEMBERG, BRANI; MENDES, REGINA L; PORTO, MARCELO FIRPO DE SOUZA; SOARES, MARIZA. O Programa Institucional sobre Saúde e Ambiente no Processo de Desenvolvimento da Fundação Oswaldo Cruz **Anais da academia brasileira de ciências**, v. 71, n. 2, p. 279-288, 1999.

NASCIMENTO, W.F.D.; GARRAFA, V. Por uma vida não colonizada: diálogo entre bioética de intervenção e colonialidade. **Saúde e Sociedade**, v. 20, p. 287-299, 2011. ISSN 0104-1290. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000200003&nrm=iso>.

NUNES, E.D. As Ciências Sociais em Saúde: reflexões sobre as origens e a construção de um campo de conhecimento. **Saúde e Sociedade**, v. 1, p. 59-84, 1992. ISSN 0104-1290. Disponível em: <

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12901992000100007&nrm=iso >.

NUNES, E.D. Pós-graduação em saúde coletiva no Brasil: histórico e perspectivas. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 15, p. 13-38, 2005. ISSN 0103-7331. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312005000100002&nrm=iso >.

NUNES, E.D. Saúde Coletiva: uma história recente de um passado remoto. In: CAMPOS, G. W. D. S. (Ed.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Editora Hucitec, 2006a.

NUNES, E.D. A trajetória das ciências sociais em saúde na América Latina: revisão da produção científica. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, p. 64-72, 2006b. ISSN 0034-8910. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000400010&nrm=iso >.

NUNES, E.D. História e paradigmas da Saúde Coletiva: registro de uma experiência de ensino. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 2239-2243, 2011. ISSN 1413-8123. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000400022&nrm=iso >.

NUNES, E.D.; FERRETO, L.E.; DE OLIVEIRA E OLIVEIRA, A.L.; DO NASCIMENTO, J.L.; DE BARROS, N.F.; CASTELLANOS, M.E. O campo da Saúde Coletiva na perspectiva das disciplinas. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 15, n. 4, p. 1917-22, 2010. ISSN 1678-4561 (Electronic) 1413-8123 (Linking).

NUNES, E.D.; MARCONDES, W.B.; CABRAL, C.D.S. A Saúde Coletiva como prática científica: a institucionalização do campo em publicações, teses e dissertações. In: HORTALE, V. A.; MOREIRA, C. O. F.; BODSTEIN, R. C. D. A. e RAMOS, C. L. (Ed.). **Pesquisa em saúde coletiva**:

fronteiras, objetos e métodos. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010. cap. 4, p.105-126.

PAIM, J.S. Epidemiologia e planejamento: a recomposição das práticas epidemiológicas na gestão do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, p. 557-567, 2003. ISSN 1413-8123. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000200017&nrm=iso >.

PAIM, J.S. **Desafios para a saúde coletiva no século XXI.** Salvador: EDUFBA, 2006. 154 p. ISBN 85-232-0395-8.

PAIM, J.S.; ALMEIDA FILHO, N.D. Saúde coletiva: uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas? **Revista de Saúde Pública**, v. 32, p. 299-316, 1998. ISSN 0034-8910. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101998000400001&nrm=iso >.

PARKER, R. Stigma, prejudice and discrimination in global public health. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, p. 164-169, 2012. ISSN 0102-311X. Disponível em: <
http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000100017&nrm=iso >.

PAUGAM, S. **A desqualificação social: ensaio sobre a nova pobreza.** São Paulo: Educ/Cortez, 2003. p.

PERRENOUD, P. As competências a serviço da solidariedade. **Pátio: Revista Pedagógica**, v. 7, n. 25, p. 19-27, 2003.

PIGNATTI, M.G. Saúde e ambiente: as doenças emergentes no Brasil. **Ambiente & Sociedade**, v. 7, p. 133-147, 2004. ISSN 1414-753X. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-753X2004000100008&nrm=iso >.

- PINHEIRO, R. Apresentação - democracia e saúde: sociedade civil, cidadania e cultura política. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 14, p. 11-14, 2004. ISSN 0103-7331. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312004000100002&nrm=iso >.
- RATTNER, H. Meio ambiente, saúde e desenvolvimento sustentável. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 1965-1971, 2009. ISSN 1413-8123. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000600002&nrm=iso >.
- REICHLIN, M. The role of solidarity in social responsibility for health. **Med Health Care Philos**, v. 14, n. 4, p. 365-70, Nov 2011. ISSN 1572-8633 (Electronic) 1386-7423 (Linking).
- RORTY, R. **Contingencia, Ironia e Solidariedade**. São Paulo: Martins Fontes, 2007. p. ISBN 9788599102510.
- ROSAS-JIMÉNEZ, C.A. La solidaridad como un valor bioético. **Persona y Bioética**, v. 15, p. 10-25, 2011. ISSN 0123-3122. Disponível em: <
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-31222011000100002&nrm=iso >.
- ROSSO, P.S. Solidariedade e direitos fundamentais na Constituição Brasileira de 1988. **Revista de Direitos e Garantias Fundamentais**, n. 3, p. 11-30, 2008. Disponível em: <
<http://www.fdv.br/publicacoes/periodicos/revistadireitosegarantiasfundamentais/n3/1.pdf> >.
- SALDIVA, P.H.N.; POPE, C.A.; SCHWARTZ, J.; DOCKERY, D.W.; LICHTENFELS, A.J.; SALGE, J.M.; BARONE, I.; BOHM, G.M. Air Pollution and Mortality in Elderly People: A Time-Series Study in Sao Paulo, Brazil. **Archives of Environmental Health: An International Journal**, v. 50, n. 2, p. 159-163, 1995/04/01 1995. ISSN 0003-9896.

Disponível em: <
<http://dx.doi.org/10.1080/00039896.1995.9940893> >.

SAVIANI, D. **Educação do senso comum à consciência filosófica**. 17^a. Campinas: SP: AUTORES ASSOCIADOS, 2007. p. ISBN 9788574962054.

SCHRAIBER, L.B. Saúde Coletiva: um campo vivo. In: PAIM, J. S. (Ed.). **Reforma sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

SCHRAMM, F.R. Bioética da Proteção: ferramenta válida para enfrentar problemas morais na era da globalização. **Revista Bioética**, v. 16, n. 1, p. 11-23, 2008.

SCHRAMM, F.R.; KOTTOW, M. Principios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 17, p. 949-956, 2001. ISSN 0102-311X. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2001000400029&nrm=iso >.

SELLI, L.; GARRAFA, V. Bioética, solidariedade crítica e voluntariado orgânico. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, p. 473-478, 2005. ISSN 0034-8910. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000300020&nrm=iso >.

SELLI, L.; GARRAFA, V. Solidariedade crítica e voluntariado orgânico: outra possibilidade de intervenção societária. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 13, p. 239-251, 2006. ISSN 0104-5970. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702006000200003&nrm=iso >.

SELLI, L.; GARRAFA, V.; MENEGHEL, S.N. Bioética, solidariedade, voluntariado e saúde coletiva: notas para discussão. **Bioética**, v. 13, n. 1, p. 53-64, 2005.

STEDILE, N.L.R.; GUIMARÃES, M.C.S.; FERLA, A.A.; FREIRE, R.C. Contribuições das conferências nacionais de saúde na definição de políticas públicas de ambiente e informação em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 2957-2971, 2015. ISSN 1413-8123. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015001002957&nrm=iso>.

STOTZ, E.N. Ações de solidariedade na saúde: semântica, política e ideologia diante da pobreza e da doença. In: GOLDENBERG, P.; MARSIGLIA, R. M. G. e GOMES, M. H. D. A. (Ed.). **O Clássico e o Novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003. p.349-361.

UNESCO. **Educação ambiental: as grandes orientações da Conferência de Tbilisi**. . IBAMA. Brasília, DF 1997.

VIEIRA-DA-SILVA, L.M.; PINELL, P. The genesis of collective health in Brazil. **Sociol Health Illn**, v. 36, n. 3, p. 432-46, 2014. ISSN 1467-9566 (Electronic).

WESTPHAL, V.H. Diferentes matizes da idéia de solidariedade. **Revista Katálysis**, v. 11, p. 43-52, 2008. ISSN 1414-4980. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802008000100004&nrm=iso>.

ZOLL, R. **O Que é solidariedade hoje?** Ijuí (RS): Ed. Unijuí, 2007. p. ISBN 9788574296258.