
As autoras respondem

The authors reply

Retomando o diálogo com os debatedores queremos agradecer a disponibilidade da leitura e os comentários ao nosso artigo, diálogo este imprescindível e extremamente importante quando se trata de estabelecer a intersecção de várias disciplinas, compondo a interdisciplinaridade na Saúde Coletiva. Compartilhamos com eles a importância de problematizar o conceito de apoio social, à medida do consenso da falta de elaboração teórica a respeito, segundo nossas constatações e de outros autores.

Tanto é que Gonçalves et al.¹ em um artigo de revisão da literatura sobre o apoio social nos estudos feitos com populações nacionais, recentemente publicado nesta revista, apontam a ausência de reflexão teórica em pelo menos 50% dos 57 textos identificados ao lado das dificuldades de operacionalizar o conceito e das falhas metodológicas para mensurá-los nas pesquisas quantitativas. Admite que o conceito de apoio social seja multifacetado com diferentes concepções. Este estudo de revisão aponta, como nós, a escassez de estudos nacionais a respeito.

Duas posições se distinguem neste debate: a primeira, endossada por Denise Martins, reitera a importância das ciências sociais e humanas na produção do conhecimento, incluindo as contribui-

ções antropológicas que problematizam os conceitos; recusam naturalizá-los e abstraí-los dos contextos de sua produção, do campo de significações, dos valores e das ideologias que os permeiam. Denise aponta pertinentemente o interesse da antropologia na relação indivíduo e sociedade, indicando nas abordagens examinadas, aquelas que partilham da ideologia individualista e da noção de indivíduo, enquanto outras endossam a ideologia coletivista, valendo-se da intervenção instrumental do apoio sobre o coletivo.

Não se põe dúvida que estas polarizações tocam o pensamento ocidental do qual participam as ciências sociais, cujas teorias não são neutras, permeiam-se pela ideologia, pela diversidade da cultura e pela historicidade que afetam os distintos saberes. Pode-se acrescentar que o campo científico é também afetado pelos interesses das corporações dos especialistas que disputam a autoridade e a legitimidade científica em torno dos pontos de vista defendidos e das teorias escolhidas.

Assim sendo, compartilha-se com Denise Martins a não neutralidade da ciência e a importância de compreender a significação do apoio social, a diversidade e o uso em determinadas condições e contextos socioculturais, políticos e econômicos. Trata-se de um conceito também envolto nas estratégias políticas e de sobrevivência das famílias trabalhadoras, estas últimas bastante investigadas pelas etnografias antropológicas nacionais.

A tradição etnográfica da antropologia, como demonstrou Denise, em seu estudo sobre os significados da “depressão”, junto a um segmento da classe trabalhadora urbana, da relação entre o apoio informal obtido em um contexto local, evidencia que a “ajuda” passa pelo crivo, tanto das interpretações e significados do sofrimento que afligem os adoecidos e seu entorno, quanto penetram os julgamentos sobre as condições motivadoras e mobilizadoras de sua prestação, assim como sobre aqueles que devem ou não recebê-la.

A integração da doença e do sofrimento na cultura implica admitir que esta lhes atribua significados e valores, perpassando a prestação ou não da “ajuda” mobilizada nas situações de “depressão”, segundo suas significações para o grupo social, como mostrou Denise. Sugere-se também que variem os conteúdos do que é doado, solicitado ou trocado, segundo a classificação sociocultural da pessoa que requer “ajuda” quanto às suas posições na hierarquia da família e no espaço social local, a sua condição de gênero e de faixa etária, assim como quanto ao tipo de enfermidade ou do sofrimento que a envolve. Certamente estas questões mostram que é bastante complexa a prestação da “ajuda”.

Lembra-se com Le Breton² que “a integração da dor” (ao que se pode acrescentar da doença, dos sofrimentos e da morte) “na cultura que lhe atribui um significado e valor atenua sua aspereza: passa a ser considerada como algo de mais ou menos inelutável e com a qual é preciso transigir, formar um todo, de acordo com as formas comuns de laço social, ou seja, sem correr o risco de ficar malvisto por não corresponder às expectativas do grupo em que se insere. O significado coletivo que se atribui à dor, e os rituais com que é exibida aos outros, são ostentações simbólicas através dos quais o homem continua a tomar conta de seu destino e a dominar o mal”.

As reações à dor, aos sofrimentos e à doença e a prestação de “ajuda” doada ou recusada passam ainda pelas relações e elos sociais, pelas expectativas do grupo, pelos sentimentos e emoções, cujos significados e as formas de manifestá-los são coletivamente regulados, remetem ao simbolismo, aos rituais e às reações e expectativas sociais, que dispõem de formas de provê-los e de regulá-los, sejam pelos mecanismos formais (institucionalizados) ou informais.

Outros aspectos que queremos destacar neste debate integram os comentários oferecidos por Tonantzin quanto: (1) à compreensão do papel reservado às ciências sociais, cujo conteúdo lhe inspirou o título de seu texto, complementando o do artigo comentado; (2) à compreensão da pesquisa qualitativa; e (3) à proposta de endossar os conceitos de “capital social” e “coesão social” e as intervenções participativas em Saúde Pública nas comunidades locais, como inovações a serem empreendidas neste campo.

Quanto ao papel reservado às ciências sociais nas intervenções pode-se dizer que, para frustração de muitos, elas não conseguem tão pronta e apressadamente produzir respostas aos problemas sociais e à realidade social, embora não produzam apenas teorias e reflexões críticas sobre o conhecimento, ainda que extremamente necessárias. Uma parte de seus profissionais, no contexto brasileiro, ultrapassou as fronteiras de seus campos disciplinares para participar das relações interdisciplinares na Saúde Coletiva, onde as ciências sociais e humanas auxiliaram na constituição deste campo, ao lado da Epidemiologia e do Planejamento e Administração dos Serviços de Saúde, parceria esta de cinquenta anos. Elas já haviam, anteriormente, se integrado à Saúde Pública brasileira, como alguns antropólogos, educadores em saúde e sociólogos, sob o modelo sanitarista de inspiração norte-americana.

Entre as distintas concepções da Saúde Coletiva está a de Paim³ “como um conjunto articulado

de práticas técnicas, políticas e ideológicas, políticas e econômicas desenvolvidas no âmbito acadêmico, nas instituições de saúde, nas organizações da sociedade civil e nos institutos de pesquisa, informadas por distintas correntes de pensamento resultantes tanto da adesão como da crítica aos diversos projetos de saúde”. Complementa o autor que se “trata de um campo de produção de saberes e práticas, cujo objeto é as necessidades de saúde, preocupando-se com a produção, distribuição e consumo de bens e serviços de saúde, a organização do Estado e sua relação com a sociedade e a cultura”.

As ciências sociais participam da produção do conhecimento neste campo, cujas pesquisas muito bem se adequam à classificação de Blumer, citada por Minayo⁴. As pesquisas teóricas preocupam-se com o avanço do conhecimento, a construção, testes do mesmo, sem ter finalidade prática, embora possam influenciar as decisões de políticas públicas, empresariais e o movimento social. Pode-se observar que comportam também reflexões críticas sobre as teorias, como almejou o nosso artigo, visando aperfeiçoar as investigações.

Outro tipo é a pesquisa estratégica, baseada em teorias das ciências sociais, orientada para a resolução de problemas sociais, sem que preveja soluções práticas para eles, embora iluminem aspectos da realidade. Seus instrumentos são a pesquisa básica (teórica e metodologicamente), dirigida à ação, como as avaliações de programas e políticas de saúde, embora a tradição gestora brasileira pouco atenda às recomendações avaliativas dos especialistas que reivindicam a institucionalização desta prática entre nós. Dentre os obstáculos apontados, um dos mais suaves são a diferença dos tempos da produção da pesquisa e a urgência da resolução de inúmeros problemas e demandas sociais postas à gestão.

A pesquisa orientada para problema específico costuma desenvolver-se nas instituições governamentais, atendendo aos seus interesses e necessidades, voltando-se para os problemas práticos e operacionais, enquanto o outro tipo refere-se à pesquisa ação, comportando as ações do pesquisador e dos pesquisados como integrantes da pesquisa e, o último tipo é a pesquisa inteligência, como os grandes levantamentos de informações econômicas, demográficas, estatísticas feitos por especialistas e instituições para apoiar as formulações políticas, dentre estes estão economistas, demógrafos, sociólogos, cientistas políticos, estatísticos dentre outros.

Observa-se, ao contrário da proposta do comentador, que é múltiplo o papel reservado às ciências sociais e humanas na pesquisa no campo

Saúde Coletiva, cuja inserção das diferentes disciplinas não é homogênea, à medida que sofrem especificidades de suas tradições e da formação acadêmica de seus intelectuais. Entre estas tradições está a intelectualista francesa, a pragmática e empírica como a norte-americana e mais recentemente, a hermenêutica que toma as ciências sociais e humanas como sendo ciências do espírito. A tradição inglesa comporta o empirismo, assim como dialoga com o racionalismo francês e com as orientações norte-americanas.

Não é diferente a tradição nacional, que sem abrir mão de suas especificidades e identidades, trava contato com estas distintas tradições e com os diferentes tipos de pesquisa, marcadas também pelas opções e escolhas de seus praticantes, nunca imunes às representações que fazem do mundo ao qual pertencem e, do objeto estudado⁵. Foi o historiador e sociólogo Max Weber quem mais discutiu a relação dos valores com as Ciências Humanas.

Dando continuidade à nossa argumentação julgamos pertinentes as reflexões do filósofo Japiassu⁵ sobre a Filosofia, uma ciência humana que não escapa à classificação polarizada entre a acadêmica e institucionalizada e a outra viva, histórica e crítica-instituinte e fundante. Esta última tem sido desqualificada por sua inutilidade, como um saber supérfluo ou redundante à medida que foi suplantado pelo saber objetivo dos cientistas humanos e sociais, que também não escaparam do positivismo, tal como as ciências biológicas. Referindo-se ao segundo tipo de Filosofia, diz Japiassu⁵: “ela surge como saber sempre instituído e fundante, mas sem negar sua massa colossal de saber instituído, contra todo o projeto de dominação e intimidação social e política. E uma de suas tarefas consiste justamente em fazer uma **leitura crítica** das sociedades em que vivemos”.

As ciências humanas são praxeologias argumenta Japiassu⁵, o que significa, nas suas palavras, com as quais concordamos que: “em primeiro lugar, essas disciplinas são **ciências** possuem o estatuto epistemológico da cientificidade, posto que sejam inegáveis portadoras de um corpo teórico bastante estabelecido e de uma metodologia de trabalho obedecendo aos parâmetros da cientificidade; em segundo lugar, que são disciplinas **humanas**, porque tomam como objeto de análise metódica e sistemática, se não o homem, pelo menos os fenômenos humano-sociais em suas diversas manifestações”.

Lembramos que o embate entre teoria e ação é uma rusga muito antiga entre os especialistas das distintas disciplinas, incluindo os participantes do campo da Saúde Coletiva, cujas contribuições abarcam desde as ciências biológicas, às matemáticas e

as ciências sociais e humanas com suas tradições teóricas e metodologias. Reduzi-las a uma das partes em função dos argumentos do agir humano sobre as situações concretas, sob o modelo pragmático ou do voluntarismo militante, como quer nosso comentarista, pode-se lembrar com Habermas⁶ que as recomendações técnicas e estratégicas não podem se aplicar eficazmente senão passando pela mediação política da opinião pública, acreditando o autor que esta questão passa pela democracia.

Outro aspecto, contido no argumento de Tonantzín, toca a superioridade científica das pesquisas quantitativas sobre as qualitativas, debate este que para nossa surpresa não está superado, à medida da forte assimilação, nos últimos anos, pelos profissionais de saúde das pesquisas qualitativas no campo da Saúde Pública/Saúde Coletiva. Um dos problemas preocupantes não se refere propriamente ao seu estatuto científico, mas à sua apropriação desigual e superficial por aqueles carentes do maior domínio das ciências sociais e humanas.

Este domínio é imprescindível para que as análises ultrapassem as falas dos entrevistados. Os diferentes métodos qualitativos devem associar-se na prática de pesquisa (entrevistas abertas e fechadas, observações, etnografias, grupos focais, análise documental, incluindo o uso dos métodos quantitativos), visando validar as informações obtidas sob múltiplos pontos de vista, reduzindo o comodismo daqueles que julgam ser fácil e pouco complexa a pesquisa qualitativa.

Os questionários e escalas usadas pelas pesquisas quantitativas não permitem apreender satisfatoriamente as experiências das pessoas, seus contextos e significações. Referindo-se às pessoas dedicadas ao cuidado, Marques e Landin⁷, pertinente-mente, observam que o pragmatismo dos instrumentos estandardizados, usados pela Epidemiologia e pelas pesquisas avaliativas, impede a incorporação das dimensões subjetivas, tão importantes nos estudos sobre as prestações e trocas, envoltas no apoio social, nos contextos onde se realizam.

Neste sentido, endossamos as palavras de Minayo⁸: “ciência se faz com teoria e método. Teoria é uma espécie de grade ou de janela através da qual o cientista olha a realidade que investiga. Isto quer dizer que ninguém consegue investigar um problema olhando-o diretamente, como se houvesse a possibilidade de compreendê-lo e explicá-lo em si mesmo. A compreensão da realidade é sempre mediada por teorias, por crenças e por representações”.

Prosseguindo nossas respostas aos comentários de Tonantzín lembramos que a articulação das pesquisas qualitativas e quantitativas não se esgota na subordinação da primeira à superioridade

da segunda ou à sua aplicação à etapa preliminar da pesquisa, mas em todas as etapas. Trata-se de superar a modalidade interdisciplinar de subordinação de um saber sobre o outro, que reduz a pesquisa qualitativa ao cumprimento da etapa exploratória das investigações, reservando-se à pesquisa quantitativa a etapa posterior para verificação ou tratamento dos dados coletados com técnicas quantitativas, buscando-se relações causais, esforçando-se para enquadrar os fenômenos sociais estudados na objetividade da ciência positiva. A suposta superioridade e cientificidade da pesquisa quantitativa em relação à qualitativa estão no seu poder de generalização e predição, quesitos estes não almejados e incompatíveis com a natureza da pesquisa qualitativa.

Há outros usos inadequados das metodologias qualitativas que podem ser exemplificados, como a apropriação da etnografia, transformada em etnografia rápida, em função da resolução de problemas de saúde nas comunidades, sendo mais pertinente mudar a denominação deste tipo de investigação, para maior respeito à Antropologia e às ciências sociais em geral.

Por último queremos refutar a proposta de Tonantzín sobre o emprego dos conceitos de “capital social” e de “coesão social” extraídos das ciências sociais, segundo demonstramos, cuja apropriação pragmática nas intervenções locais ou na área da saúde continua ignorando as teorias que os geraram, em função da conveniência e dos interesses estratégicos em relação às reformas da política de saúde.

Além da reflexão crítica sobre o uso daqueles conceitos nas pesquisas envolvendo os benefícios das redes de apoio e do acúmulo de capital social sobre a saúde, do estímulo aos valores de coesão social, confiança, reciprocidade, senso de pertencimento, entre outros pressupostos, esta postura não é neutra, do ponto de vista das estratégias de políticas centradas na Promoção da Saúde.

Importadas do Canadá para a situação brasileira, elas apostam nas comunidades locais para resolver seus problemas sociais, carecendo de análises mais acuradas sobre as especificidades nacionais. Análises superficiais e impressionistas são feitas sobre a ausência ou a fragilidade de valores dos vínculos estabelecidos por nossas populações empobrecidas, como a “falta de confiança” referida por nosso comentarista. Estas análises são usadas para justificar as intervenções que visam fortalecê-la em função da saúde.

Não se deve perder de vista, entre os problemas persistentes na implementação do Sistema Único de Saúde, que estão o necessário perfeçoa-

mento, o reforço à universalidade, à garantia e à extensão do direito à saúde, os problemas de financiamento e de qualidade da atenção médico-sanitária prestada, a garantia do acesso a todos os níveis de atenção, assim como as dificuldades de integrar as políticas sociais locais. Estas questões não devem ser substituídas pelas ações comunitárias, que transferem para os sujeitos a responsabilidade na resolução de inúmeros problemas, cuja resolução lhes escapa porque são estruturalmente mais abrangentes.

Foi no contexto da “crise da Saúde Pública” e dos “paradigmas”, instaurados na década de 1990, cujas respostas de alguns observadores ressaltaram a importação de outros tipos de reforma, propagadas por organizações consagradas como a Organização Mundial da Saúde, a Organização Pan-americana da Saúde e outras multilaterais, incluindo a retração do papel do Estado na política de saúde.

Reativar a Saúde Pública e nela a Promoção da Saúde foi uma das propostas deste contexto abraçada e criticada por muitos. Campos⁹ admite que a “Saúde Coletiva foi um movimento técnico e científico que conseguiu influenciar a política de saúde”, ao que pode agregar a participação de seus intelectuais no movimento da Reforma Sanitária. O autor aponta que a Promoção da Saúde, gestada no Canadá, preocupou-se em reformar aquele sistema de saúde, adotando uma postura crítica ao saber médico, através de referências à Epidemiologia clássica, à Sociologia funcionalista e à racionalidade sistêmica, propagadas rapidamente pelos organismos internacionais de saúde nos setores governamentais e na sociedade civil de diversos países.

Esta proposta veio preencher lacunas deixadas pela Saúde Coletiva. Alguns pesquisadores, intelectuais e dirigentes a abraçaram. Esta adesão favoreceu o descuido com a Saúde Coletiva, com sua produção e contribuições e, “na melhor da tradição antropofágica”, diz Campos⁹, procurou enriquecê-la com contribuições importadas, como a Promoção da Saúde.

É nítida a filiação de nosso comentarista a esta proposta, que dentre as visões correntes de Promoção da Saúde recusa a comportamentalista, a da redução dos riscos, adotando a proposta do **empowerment coletivo**, associada ao desenvolvimento comunitário, baseado na participação de todos envolvidos nos problemas para transformação social, orientada pelo princípio de equidade e para atuar sobre os determinantes sociais de saúde. Esta última proposta compõe a classificação adotada por Naido & Wills e citadas por Westphal¹⁰ sobre as diferentes correntes da Promoção

da Saúde. Como argumentamos em nosso texto a questão do **empowerment** também incorpora, a seu modo, o conceito de “capital social”, sem nenhum compromisso com as teorias que o engendraram.

Não se trata de minimizar a importância de promover a saúde mediante políticas públicas, sociais e econômicas macro estruturais, capazes de minimizar as desigualdades sociais e de saúde, assim como de estimular intervenções capazes de informar a população sobre a doença, a prevenção e a promoção da saúde, além de outras intervenções legais e reguladoras necessárias e que podem beneficiar a saúde do público.

Trata-se de responder à “crise da Saúde Pública” com o aperfeiçoamento e expansão da Saúde Coletiva aliada à Saúde Pública institucionalizada; de melhorar a formação dos especialistas e os modos de produzir os serviços de saúde; de inter-fertilizar os saberes através de uma prática interdisciplinar de trocas e não de relações de domínio/subordinação; de incrementar e valorizar a participação da sociedade civil e não somente dos sindicatos ou das “comunidades”, de construir novos atores sociais, de rever a produção de serviços de saúde, dos espaços de trabalho e incrementar a cidadania e democracia.

Entre estas propostas estão as de Paim e Almeida Filho¹¹, com as quais compartilhamos, propondo como objeto de conhecimento da Saúde Coletiva a saúde, cuja determinação não é linear, mas complexa e totalizada, deslocando-se o objeto promoção-saúde-enfermidade-cuidado para outros ângulos, cujo olhar vigente não acessa a sua integralidade. Trata-se também de fortalecer e aperfeiçoar o Sistema Único de Saúde.

Ora é preciso lembrar que a abordagem interencionista sobre o apoio social não é neutra. Deuse nos Estados Unidos e em alguns países europeus diante das persistentes queixas e insatisfações de suas populações com os serviços de saúde, especialmente no contexto norte-americano, onde prevalece o modelo privatista com residual assistência às populações pobres, que sofrem com o crescente índice de exclusão da assistência médica e sanitária.

Lembra Valla¹² que a lógica sobre a qual assenta as propostas de incrementar o apoio social é a mesma que preside as das medicinas alternativas. Sem tocar na organização privatista do modelo de saúde norte-americano estimula sua população a se valer de alguma forma alternativa de resolução de seus problemas de saúde, incluindo o incentivo do apoio social nas populações vulneráveis e pobres.

Estas não estão desprovidas de mecanismos de “ajuda”, que perpassam as relações e as obrigações

sociais, passando pelos filtros das significações e de outros aspectos destacados por Denise, assim como não estão eles desprovidos de conflito, abarcando as relações sociais informais e formais por onde circulam os diferentes tipos de prestações sociais.

É preciso lembrar que as políticas sociais e de saúde integradas e intersetoriais poderiam ter maior presença na redução da vulnerabilidade social, favorecendo os mecanismos institucionalizados de “ajuda” social e ampliando os direitos dos cidadãos socialmente desprovidos, não inteiramente contemplados por aquelas políticas, não sem a participação deles, reforçando a gestão democrática na sua produção e organização, sem dispensar a importância e presença do Sistema Único de Saúde e de outras políticas sociais vigentes e atuantes no país.

Poderíamos continuar refletindo sobre outras propostas que disputam o campo político e as relações de poder mais amplas, refletidas no campo da Saúde Coletiva/ Saúde Pública, enquanto outras envolvem relações internacionais nas reformas sendo outras mais pontuais e localizadas. O espaço não permite alongar neste tipo de discussão para não fugir demais do assunto debatido.

Queremos assinalar que tudo que envolve o público, suas necessidades sociais, o processo saúde-doença-promoção-cuidado, o respeito aos direitos sociais e à cidadania, e o reconhecimento da saúde como questão social interessa sobremaneira à Saúde Pública/Saúde Coletiva e às ciências sociais e humanas no campo da saúde, sem que sua colaboração se reduza ou possa confinar-se exclusivamente às intervenções políticas ou militantes de seus distintos agentes.

Referências

1. Gonçalves TR, Pawlowski J, Bandeira DR, Piccini C. A. Avaliação do apoio social em estudos brasileiros: aspectos conceituais e instrumentos. *Cien Saude Colet* 2011; 16(3):1755-1769.
2. Le Breton D. *Compreender a Dor*. Um estudo sobre a relação do Homem com a dor física em diversos tempos e em diversas culturas. Portugal: Estrelapolar; 1995.
3. Paim JS. Collective Health and the Challenges of Practice. In: Pan American Health Organization (PAHO). *The Crisis of Public Health. Reflexions for the debate*. Washington: Pan American Health Organization (PAHO); 1992. (Scientific Publication n. 540).
4. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento*. Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo, Rio de Janeiro: Editora Hucitec, Abrasco; 1992.
5. Japiassu H. *Introdução às Ciências Humanas*. São Paulo: Editora Letras & Letras; 1994.
6. Habbermas J. *La technique et la science comme ideologie*. Paris: Gallimard; 1973.
7. Marques AMC, Landin FLP. Apoio social na experiência de famílias cuidadoras. *Cien Saude Colet* 2011; 16 (Supl.1):945-955.
8. Minayo MCS. Entre os vãos de águia e passos de elefante: caminhos da investigação na atualidade. In: Minayo MCS, Deslandes SF, organizadores. *Caminhos do Pensamento. Epistemologia e Método*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003.
9. Campos GWS. Prefácio. In: Carvalho SR, organizador. *Saúde Coletiva e Promoção da Saúde*. São Paulo: Editora Hucitec; 2005. p. 13-16.
10. Wespahl MF. Promoção da Saúde e Prevenção das doenças. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akeman M, Drumond Jr. M, Carvalho YM, organizadores. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007. p. 635- 667.
11. Paim JS, Almeida Filho NA. *A crise da Saúde Pública e a utopia da Saúde Coletiva*. Salvador: Universidade Federal da Bahia, Casa da Saúde; 2000.
12. Valla VV. Classes Populares, Apoio Social e emoção. Propondo um debate sobre religião e Saúde no Brasil. In: Minayo MCS, Coimbra Júnior CEA, organizadores. *Críticas e Atuantes*. Ciências Sociais e Humanas na América Latina. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p. 77-89.