

AS CIÊNCIAS SOCIAIS EM SAÚDE: REFLEXÕES SOBRE AS ORIGENS E A CONSTRUÇÃO DE UM CAMPO DE CONHECIMENTO

*Everardo Duarte Nunes**

O trabalho aborda as origens, desenvolvimento e perspectivas das Ciências Sociais em Saúde. Procura situar alguns pontos fundamentais relacionados à incorporação de um pensamento social em saúde no Brasil e faz parte de um amplo movimento que ocorreu no pós 2ª Guerra, principalmente junto aos Departamentos de Medicina Preventiva e Social. Trata da construção desse campo do conhecimento, apontando alguns trabalhos da literatura. Conclui apresentando algumas perspectivas em relação à investigação nessa área.

INTRODUÇÃO

Quando, há alguns anos atrás, em 1984, Renée Fox, uma das pioneiras da sociologia médica nos Estados Unidos, foi distinguida com um prêmio pela American Sociological Association, pelos seus trabalhos nesse campo do conhecimento, ela iniciou o seu discurso citando, do autor francês Charles Péguy, o seguinte: "...com 40 anos o homem sente que a sua juventude começa a lhe escapar ... Na plenitude de sua melancolia, ele olha para trás, e torna-se um cronista e memorialista. O que aconteceria se esta terrível melancolia continuasse a crescer na década seguinte? Felizmente, tal não é o caso. O quarentão não se torna um cinquentão. Ele se torna um historiador". Mais ou menos por esse caminho e pretensão é que eu gostaria de fazer esta apresentação. Dessa forma, eu não corro o risco de transformá-la num simples e desinteressante relato autobiográfico, ou como disse a socióloga que citei há pouco, "sucumbir a uma proustiana volta ao passado" (1).

Procurarei alguma correspondência com a lição de Wright Mills, quando dizia que no ofício do sociólogo, entre os valores do seu artesanato intelectual, ele devia "desenvolver e rever continuamente as opiniões sobre os problemas de história, de biografia e de estrutura social, nos quais a biografia e a história se cruzam" (2).

* Docente do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP

A tarefa a que me proponho será a de revisitar o campo das ciências sociais em saúde situando alguns aspectos referentes às suas origens e desenvolvimento e como vejo as suas perspectivas futuras. Mas, mesmo sem querer cair num relato personalizado, esclareço que a minha opção por esse campo de trabalho foi feita há vinte e cinco anos, quando se ensaiavam os primeiros passos no ensino das ciências sociais em medicina e o campo não havia se institucionalizado (estaria hoje institucionalizado?), e a formação especializada inexistia no Brasil.

As origens de um pensamento social em saúde

De um modo geral, o movimento de incorporação das ciências sociais em saúde ocorre dentro dos processos gerais que se dão a partir do término da 2ª Guerra Mundial. Muitas são as mudanças que acontecem em todos os países, afetando não somente a sociedade como um todo, mas provocando alterações em diversos níveis, como o educacional e o da saúde. Considerando a forte influência exercida pelos Estados Unidos, é interessante rever de maneira geral como ocorreu a progressiva introdução das ciências sociais em saúde naquele país. Lembre-se, ainda, que embora ocorram casos esporádicos de ensino das ciências sociais em escolas brasileiras (curso de Problemas de Sociologia Aplicada à Higiene, na Faculdade de Saúde Pública/USP, em 1946; curso de "Fundamentos sócio-econômicos", na Escola Nacional de Saúde Pública, do Rio de Janeiro, no início dos anos 50), o projeto inicial de introdução das ciências sociais irá acontecer cerca de duas décadas após os debates nos Estados Unidos.

Mesmo nos Estados Unidos, onde o fenômeno inclui-se nas ocorrências do pós-guerra, há precursores na sociologia médica nas primeiras décadas deste século. Mas, naquele momento, aparecia de maneira pouco distinta, associada à saúde pública e à assistência social. Interessante que a denominação de sociologia médica aparece em fins do século XIX em um trabalho de Charles McIntire, e no começo deste século em James P. Warbasse e Elizabeth Blackwell, obviamente com características muito diferentes das que assumiria mais tarde. No período de 30 a 50, em diferentes pontos dos Estados Unidos, a pesquisa sobre os fatores sócio-culturais na saúde estará presente: em Chicago, com Faris e Dunham⁽³⁾, em Nova York, com os estudos de educação médica⁽⁴⁾, em Yale, com pesquisas epidemiológicas ⁽⁵⁾. Há, também, duas

outras vertentes de pesquisas, a histórica-social, com Sigerist⁽⁶⁾ e os primeiros estudos sobre os fatores sociais na medicina, realizados por Stern⁽⁷⁾, na perspectiva do materialismo histórico. Somente em 1951 é que Parsons⁽⁸⁾ publicaria o trabalho que se tornaria consulta obrigatória na sociologia médica. Portanto, quando se instala, em 1954, o primeiro curso a nível de doutorado, em Yale, já existia um corpo inicial de pesquisas balizando o que se denominou de "ciências da conduta" ou "ciências do comportamento". Em 1960 a sociologia médica será aceita como uma seção da American Sociological Association.

Para muitos estudiosos, o impulso dado ao campo esteve bastante relacionado ao estudo dos fatores sócio-culturais na etiologia das doenças mentais pelo fato de ter-se constatado alta prevalência de desordens psiquiátricas durante a seleção da população masculina para o serviço militar, como também pelo aparecimento de sintomas psiquiátricos nos processos de reabilitação do pós-guerra.

Como se sabe, as condições geradas no pós-guerra foram fundamentais para as transformações ocorridas na América Latina, e que iriam se refletir principalmente naqueles problemas associados à industrialização, à migração do campo para a cidade e à expansão do sistema educativo.

Ao recuperar algumas informações que mostram como eram os convênios bilaterais entre o governo dos Estados Unidos e diversos países latino-americanos, observa-se que a prática médica é concebida pela potência hegemônica como fator de aumento de produtividade das classes trabalhadoras dos países dependentes, assim como para buscar um consenso entre as nações. Na análise detalhada feita por García⁽⁹⁾, verifica-se que, desde 1942, havia um intenso interesse pelas questões de saúde, sendo que os objetivos da Divisão de Saúde e Saneamento, do Instituto de Assuntos Inter-Americanos, eram os seguintes: a) do ponto de vista militar, melhorar as condições de saúde, sobretudo em relação às exigências de nossas forças armadas e às de nossos aliados norte-americanos; b) do ponto de vista político, cumprir as obrigações deste governo em relação aos programas de saúde e saneamento assumidas de conformidade com a Resolução 30 da Conferência do Rio de Janeiro, de 15-28 de janeiro de 1942; c) do ponto de vista da produção, obter um aumento da produção de materiais essenciais em zonas onde existissem más condições de saúde; d) do ponto de vista moral, demonstrar,

através de fatos e não somente de palavras, os benefícios tangíveis da democracia em marcha e ganhar o apoio da população civil.

Andrade⁽¹⁰⁾ lembra que, em relação à saúde, se consolidam, no período do pós-guerra, os sistemas de seguridade social, se nacionalizam e expandem as redes hospitalares, se promulgam leis que regulamentam o exercício da medicina, e os médicos começam a se organizar em associações de caráter corporativista. Frente às novas situações criadas pelas políticas do pós-guerra, impunham-se, entre outras medidas, mudanças nos programas de formação de recursos humanos, notadamente os relacionados com a formação médica.

Tomando-se a orientação que foi imprimida aos currículos de ensino médico como uma das vertentes que possibilitaram a inclusão das ciências sociais, verifica-se que isto foi produto de um longo processo desencadeado nos anos 50 através de inúmeros seminários e conferências ocorridos nos Estados Unidos, Europa e América Latina. No fundo da questão estava a pretensão de reorientar a prática médica, formando profissionais portadores de um novo perfil, que seria adquirido em seus cursos de graduação, que deveriam possuir conteúdos curriculares inovadores. Nesses currículos destacavam-se as dimensões integral, preventiva e social. Com isso desejava-se romper a hegemonia do biológico na compreensão do processo saúde-doença, do cuidado individual e intra-hospitalar como formas únicas e absolutas de prática médica. Na década de 60, com a criação de uma grande quantidade de escolas médicas, a inovação é não somente a departamentalização em seu sentido mais amplo, mas a introdução dos departamentos de medicina preventiva e social. De um modo geral, surgem no interior desses departamentos quatro grandes áreas: Estatística, Epidemiologia e Saneamento, Organização e Administração Sanitária e Ciências Sociais. Nesse cenário é que aparecem os primeiros cientistas sociais; auto-didatas em questões de saúde, ensaiam os passos iniciais de uma atividade compartilhada com médicos, enfermeiras e assistentes sociais. Este contato enseja formas de atividades multiprofissionais através de trabalhos práticos, especialmente aqueles voltados para a comunidade, ponto crucial na proposta preventivista dos anos 60. Para isso necessitava-se de um instrumental metodológico que fazia parte da formação dos cientistas sociais. Como relatei em outro artigo⁽¹¹⁾, caracterizo este período como "integração na prática", pois o papel do cientista social "não era somente o de estabelecer a metodologia para o diagnóstico da comunidade,

mas, dentro do processo de ensino, acompanhar, juntamente com o médico e, em alguns casos, o assistente social, o estudante de medicina em visitas domiciliares. O material coletado nessas visitas e que incorporava tanto um conhecimento dos aspectos médicos, como sociais, culturais e psicológicos dos componentes da família, pretendia ser uma aproximação interdisciplinar e conduzia a um diagnóstico bio-psico-social". Além disso, pretendia estender o conhecimento à comunidade como um todo e às suas instituições. Além de ser um projeto pedagógico, visava também que a comunidade iniciasse um processo de participação no encaminhamento dos seus problemas e tentativa de solução.

Em realidade, este projeto com essas características configura um segundo momento na introdução dos conteúdos das ciências sociais e que pode ser caracterizado como "teórico-aplicado". Numa fase imediatamente anterior incluíram-se tópicos ou noções conceituais de Sociologia, Antropologia e Psicologia Social sem vinculá-los à saúde, em cursos tidos pelos estudantes como "teóricos" e que despertavam muito pouco o seu interesse. Considere-se que o preparo anterior desses estudantes não lhes dava nenhuma formação em ciências humanas(12).

Não se pode esquecer que a questão do "desenvolvimento e organização da comunidade" faz parte de uma estratégia sócio-política mais ampla, ou seja, de tentar mobilizar aquelas parcelas da população que estavam à margem do desenvolvimento e que se situavam nas áreas urbanas mais carentes de recursos e infra-estrutura e que poderiam se tornar alvo fácil de tensões sociais.

Toda a questão do modelo de "medicina comunitária", não somente como prática pedagógica, seria bastante criticada, principalmente quando a mesma foi situada no campo mais abrangente da prática médica — como forma de extensão de serviços e prática simplificada foi considerada como uma maneira de controlar, manipular e ordenar a comunidade(13). Também o caráter político de sua emergência e formas de intervenção serão objeto de contundentes análises críticas(14).

Todas essas questões que envolviam, ainda, uma revisão das bases teóricas sobre as quais se assentavam o ensino e a pesquisa serão foco de atenção, em especial na década de 70.

Isto não significa que antes desse período nada tivesse sido produzido. Interessante verificar que a questão dos "fatores sócio-culturais na saúde" já era pesquisada por antropólogos que trabalhavam junto a serviços de saúde, no final dos anos 30 e durante a década de 40. É o caso de Charles Wagley, que se encontrava no Brasil, desde 1939, a convite do Museu Nacional, realizando estudos na Região Amazônica para a instalação do Serviço Especial de Saúde Pública, onde permaneceu até 1946, tendo iniciado as atividades e assumido a direção da Divisão de Educação Sanitária. Juntamente com um consultor americano, define as primeiras diretrizes para um programa de educação sanitária dirigido aos escolares, aos setores populares das áreas rurais e das periferias urbanas⁽¹⁵⁾. Na década de 50, outro antropólogo, Kalervo Oberg, realiza, a pedido do SESP e do Instituto de Assuntos Interamericanos, estudos de comunidades (no Pará, Espírito Santo e Paraná) a fim de subsidiar o planejamento sanitário ⁽¹⁶⁾. Não somente no Brasil, mas em outros países da América Latina, os primeiros cientistas sociais que se incorporam à área da saúde são os antropólogos. No caso da América Central e Panamá, estarão ligados principalmente às questões nutricionais, junto ao INCAP (Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá), e em alguns outros países, como Chile, Colômbia e Peru, às relações saúde/cultura de populações camponesas ou de estudos de profissionais que atuavam no campo da educação sanitária. Lembre-se que entre os organismos internacionais que tiveram a responsabilidade e patrocinaram os primeiros programas na área de Antropologia Médica no começo da década de 40 estavam, além do Instituto de Assuntos Interamericanos, já citado, a Oficina Sanitária Pan Americana, a Divisão de Saúde Internacional da Fundação Rockefeller e o Serviço Cooperativo Interamericano de Saúde Pública.

Assim, até a década de 60 assiste-se a um grande esforço em promover as ciências sociais na saúde, e que sem dúvida tem as marcas muito claras da influência norte-americana. Isto manifesta-se tanto a nível da proposta pedagógica, como no campo da pesquisa. Em relação à pesquisa antropológica, Sepulveda⁽¹⁶⁾ realizou um levantamento das publicações na década de 50, arrolando menos de cinquenta citações. Segundo o autor, estas investigações correspondem, em sua maioria, a estudos de casos " que são particularmente ilustrativos das complexas situações que se produzem quando os integrantes das equipes de saúde entram em contato com as populações ou comunidades latino-americanas". Para Menendez⁽¹⁷⁾, a antropologia médica dominante

entre 1930-60 pode ser " quase totalmente identificada com a etnomedicina, sobretudo nas décadas de 50 e 60" . Acrescenta que " esta produção não foi somente pouco utilizada pelo setor saúde, mas teve pouca vinculação com ele. Houve uma concentração no campesinato indígena, ignorando todos os outros setores sociais, incluídos os indígenas que migravam e se localizavam no meio urbano" . Ressalta que a teoria dominante foi o funcionalismo cultural.

A construção de um campo de conhecimento

Revisitar as origens e a formação de uma área do conhecimento que foi cortada por experiências que se completam – como o ensino e a pesquisa – mas que apresentam desenvolvimentos diferentes, não se torna fácil, mesmo porque elas estavam ocorrendo num mesmo ambiente e sendo executadas muitas vezes pelos mesmos personagens. Dessa forma, o docente, ao mesmo tempo em que procurava dar conta de um campo teórico relevante às suas atividades de ensino, procurava desenvolver algum projeto de pesquisa que trouxesse contribuição mais duradoura à incipiente área. Não é estranho, por exemplo, que entre os trabalhos produzidos nos anos 60 figurem desde a proposta de ensino das ciências sociais baseadas no paradigma da história natural da doença, de García(18), à necessidade de conhecer de forma mais profunda os sujeitos sociais sobre os quais atuavam os cientistas sociais - os estudantes de medicina, objeto de um estudo prospectivo por mim realizado durante cinco anos. Tentava-se conhecer a motivação à carreira e os valores que atribuíam a sua profissão no momento em que ingressavam na escola médica e durante os anos de graduação(19). De outro lado, tanto escolas no Brasil, como em outros países, procuravam avaliar as suas atividades docentes buscando a melhor adaptação aos estudantes de medicina, visto que a grande maioria ingressava numa prática de ensino num ambiente que lhe era estranho. Sem dúvida, o coroamento desta análise avaliatória, iniciada em 1965 e publicada em 1972, será o livro de García sobre a educação médica na América Latina, que irá revelar, numa perspectiva teórica calcada no materialismo histórico, qual era a situação do ensino da medicina preventiva e social e em particular das ciências da conduta(20).

Foi a partir dos anos 70 que começaram a ocorrer importantes eventos na área das ciências sociais em saúde. De um certo modo, percebia-se clara

insatisfação com os modelos de ensino e com a bibliografia que vinha sendo utilizada. Principia-se a estabelecer intensas críticas ao modelo da história natural da doença e à literatura basicamente funcionalista que as escolas adotavam(12). Entre as primeiras denúncias, Gaete y Tapia (21) expressam que " Em nossa opinião, o que deve ser feito neste momento é discutir a orientação teórica que deve ter o trabalho dos cientistas sociais neste campo. Tal discussão ainda não foi realizada, e estão sendo utilizados marcos teóricos e técnicas de investigação cujas possibilidades parecem limitadas e limitantes. Dessa forma, as ciências sociais em medicina têm neste momento duas alternativas: ou permitem reformular o conceito de medicina e ampliar a compreensão dos problemas de saúde oferecendo uma perspectiva de grande significado em uma sociedade subdesenvolvida como a nossa, ou se limitam a entregar somente alguns elementos de juízo que possibilitem à equipe de saúde um desempenho mais integral, porém indubitavelmente constrangido ao âmbito estritamente pessoal como tem ocorrido até agora" . Em realidade, esse constrangimento teórico foi sentido por ocasião de alguns seminários realizados sob os auspícios da OPAS (Organização Pan Americana da Saúde), em Ribeirão Preto, Campinas e Buenos Aires, sobre metodologia e ensino das ciências sociais em saúde. Criticar o funcionalismo e repensar as ciências sociais em saúde dentro de uma discussão epistemológica passa a ser uma das principais propostas, a desenvolver-se nos anos 70 e seguintes. No ideário criado por cientistas sociais e médicos em 1972 no Seminário que se reuniu em Cuenca (Equador), o modelo alternativo propunha: centrar-se na análise da mudança, incluir elementos teóricos que permitissem pesquisar a realidade em termos de suas contradições internas, permitir a análise tanto de níveis específicos da realidade como de níveis estruturais e as relações entre ambos(22). Se, na fase anterior, havia a presença marcante de autores como Parsons(8), Goffman(23), Bloom(24), Mechanic(25), a partir de 70 aparecem como consultas obrigatórias Polack(26), Berlinguer (27) Rosen(28), Freidson(29) e para os estudos epistemológicos, Canguilhem(30), Bachelard(31), Foucault(32), Bourdieu(33), Fichant e Pecheux(34). Rer capítulos de " O Capital" e tomar o clássico de Engels " A situação da classe operária na Inglaterra" como precursor da Epidemiologia Crítica faz parte desse movimento que incorpora em suas análises o materialismo histórico e dialético, também retomado muitas vezes através dos seus críticos, como Kosik(35), Lukács(36), Althusser (37), Poulantzas(38), Gramsci(39). A utilização da Escola Crítica de Frankfurt (Adorno, Horkheimer, Habermas) irá ocorrer a partir da segunda metade dos anos 80, não impedindo que alguns dos autores consagrados em

décadas anteriores continuassem a fazer parte do arsenal teórico dos pesquisadores.

Tendo, portanto, suas origens fortemente vinculadas às concepções estrutural-funcionalistas, a sociologia médica aparece entre nós incluída em um campo mais amplo e muitas vezes sob a denominação de "ciências sociais aplicadas à medicina"; iria, a partir dos anos 70, empreender um profundo questionamento desses modelos explicativos. No citado Seminário realizado pela OPAS, em 1972, o modelo alternativo deveria considerar, em sua construção, o seguinte:

- 1 "As relações entre o conceito de saúde, os modos de produção e as formações sócio-econômicas.
- 2 As relações entre a organização das ações de saúde, os modos de produção, as formações sócio-econômicas e os conceitos de saúde.
- 3 As investigações históricas sobre a formação e o desenvolvimento e a consolidação das organizações práticas e da educação médica no Continente. Estas investigações deverão inscrever-se dentro da relação dinâmica entre modos de produção e formações sócio-econômicas específicas, e a definição epistemológica das relações entre as ciências sociais e as ciências biológicas concordantes com este novo modelo.
- 4 As atividades de análise, investigação, compilação bibliográfica e produção de monografias que permitam enriquecer o marco teórico proposto" (22).

Em novembro de 1972, no mesmo ano, portanto, da realização do Seminário de Cuenca, García(40) escreveu para o XXIII Congresso Internacional de Sociologia, realizado em Caracas, Venezuela, um trabalho que, sob o título de "As Ciências Sociais em Medicina", traçava um esquema que poderia servir como orientador nas pesquisas que levassem em consideração a discussão de aspectos até então não contemplados na análise funcionalista. O esquema incorporava: a) localização da medicina na estrutura social; b) influência da estrutura social na produção e distribuição da doença; c) análise da estrutura interna da produção de serviços médicos; d) a relação da formação de pessoal de saúde com o campo médico.

Muitas análises foram realizadas, evidenciando a importância que teve para a área da saúde a perspectiva do materialismo histórico, por exemplo em

Mercer⁽⁴¹⁾, Teixeira⁽⁴²⁾, Donnangelo⁽⁴³⁾, Nunes ⁽⁴⁴⁾. Para Teixeira, " a incorporação das ciências sociais à medicina, constituindo a problemática da saúde coletiva, não se deu de forma aleatória, mas sim tratou-se de um recorte sistemático, uma incisão profunda no interior mesmo daquelas ciências a partir da inscrição dos conteúdos disciplinares no método histórico-estrutural" .

Ao lado de uma " nova " perspectiva teórica que irá conduzir a produção científica na área a partir dos anos 70, uma outra perspectiva abre-se nesse período, com a instalação dos primeiros cursos de pós-graduação em medicina social, no Brasil (Rio de Janeiro) e México (Xochimilco). Deve-se lembrar que até a segunda metade dos anos 70 os cursos para a formação especializada em ciências sociais no campo da saúde somente eram possíveis nos Estados Unidos e em alguns países europeus, sendo que os cientistas sociais brasileiros realizavam seus mestrados e doutorados nas faculdades de filosofia, escolhendo a temática da saúde para as suas dissertações e teses, embora muitas vezes já fossem docentes em faculdades de medicina ou de saúde pública. Em realidade, os cursos que se instalam nos anos 70, junto aos departamentos de medicina preventiva e social, ou em institutos de medicina social, não se destinavam à formação de cientistas sociais, sendo que muitos deles, embora dessem grande espaço às ciências sociais, não estavam abertos aos graduados nessas ciências, destinando-se a médicos. Somente em data recente passaram a admitir outros profissionais, incluindo cientistas sociais, como é o caso do curso de pós-graduação em Saúde Coletiva, da UNICAMP e o de Medicina Social da UERJ; o curso realizado na Bahia, denominado de Saúde Comunitária, também é multiprofissional.

Sem dúvida, pode-se dizer que foi a partir dessa época que se inicia uma fase de institucionalização da área, sendo que para Mercer⁽⁴¹⁾ o período de 1975 a 1980 pode ser denominado de " identidade e legitimação" . Para ele é quando ocorre uma convergência de vários pontos entre os pesquisadores latino-americanos: busca de um balizamento teórico, realização de pesquisas empíricas que " tendem a romper a rotina do discurso teorizante" e a formação de recursos humanos. Continua, afirmando: " As pesquisas realizadas contribuem para expandir a convicção de que a abordagem sociológica era possível e necessária" .

Avaliações realizadas no Brasil iriam apontar que mesmo enfrentando problemas, tanto a nível do ensino, como da investigação, no primeiro caso

por motivos inerentes à própria estrutura dos cursos em saúde que enfatizam aspectos técnicos e biológicos e, no segundo, pela oscilante política de apoio aos programas para a produção na área de saúde coletiva, são evidentes os esforços no sentido de dar continuidade ao projeto das ciências sociais em saúde. No período de 1968-75, a FINEP apoiou 29 projetos de pesquisa, de 1975-79, 58 trabalhos de pesquisa e de 1986-87, 28 projetos, o que neste último período representava 20,6% dos projetos financiados junto ao Programa de Saúde Coletiva. Do total de 136 projetos desse programa, 51,5% eram financiados pelo CNPq, 19,8% pelo MS/SCT e 8,1% pela OPAS(45).

Em relação ao ensino reporto-me a duas investigações que situam a questão. Na primeira, os dados se referem à década de 80 e mostram que entre 44 escolas de medicina 26 ministravam disciplinas ou temas de ciências sociais, sendo que em cerca de 66,0% dessas escolas havia uma disciplina isolada de Ciências Sociais. Em quase a sua totalidade a disciplina havia sido criada a partir de 1965, sendo que do total de 37 docentes envolvidos no ensino, 16 tinham formação básica em Ciências Sociais ou Sociologia(46). A segunda investigação, realizada em 1987, está relacionada ao ensino a nível da pós-graduação, abrangendo 8 cursos de Mestrado e Doutorado em Saúde Coletiva, nos quais as Ciências Sociais aparecem como disciplinas obrigatórias(47).

Em trabalho recente, utilizando informações colhidas em 1990, Spinelli (89), através de 58 questionários respondidos por profissionais que atuam na área da saúde, detectou que 32 deles eram graduados em Ciências Sociais, 18 na área de saúde e 8 na área de Humanas (inclui-se aqui o Serviço Social). Muitos dos cientistas sociais haviam realizado cursos de especialização em Saúde Pública; aponta, também, que 50% dos cientistas sociais haviam concluído o curso de graduação entre 1965 e 1974. São dados preliminares e serão completados à medida que forem recebidos mais questionários já encaminhados.

Numa análise que pretende percorrer, mesmo de maneira geral, este campo do conhecimento, um ponto que não pode ficar sem referência é o da produção científica. Mesmo porque é através dela que se pode constatar os caminhos que a área vem percorrendo ao longo do tempo. Em realidade, em outros pontos desta apresentação já foi feita alusão ao fato da importância que tiveram nos anos 70 as mudanças nos enfoques teóricos na abordagem

dos problemas de saúde. Mas, como lembra Donnangelo⁽⁴³⁾, as tendências que vão se manifestar a nível dos estudos e pesquisas, colocando ênfase na questão das práticas de saúde e na relativa superação do projeto original da medicina preventiva, cuja aderência à clínica ainda era manifesta, " podem ser remetidas, por particularização, à intensidade e ao significado das reordenações da prática médica no Brasil. Mas derivam fundamentalmente sua explicação das diferenças entre a estrutura social na qual foi gerada a proposta preventivista e a estrutura social brasileira, com suas específicas formas de manifestação de contradições e conflitos" . A autora chama a atenção para a diversidade que irá ocorrer na produção na área, tanto relacionada à temática, como pela ênfase em distintos objetos e campos do saber, assim como pela própria metodologia empregada. Para ela, as variações que ocorrem derivam das distintas conotações assumidas pela noção de coletivo. Estas têm sido amplamente reproduzidas em trabalhos posteriores, e sem dúvida constituem uma classificação bastante oportuna e ponto de partida para muitas reflexões, quando assinalam que o coletivo pode ser entendido como: coletivo/meio; coletivo/conjunto de indivíduos; coletivo/interação entre elementos; coletivo/como conjunto de efeitos ou conseqüências da vida social; coletivo/transformado em social como campo específico e estruturado de práticas.

Ao sistematizar a produção científica que se inicia na segunda metade dos anos 70 até 1980, Donnangelo adota separá-la em duas grandes áreas: 1) produção epidemiológica restritivamente entendida como estudos sobre saúde-doença em populações; 2) produção de estudos sobre práticas de saúde. Posteriormente, ao levantar a produção latino-americana em ciências sociais aplicadas à saúde, para o período de 1980-85, Nunes⁽⁴⁸⁾acompanharia a classificação utilizada em trabalho anteriormente realizado pela OPAS⁽⁴⁹⁾, onde figuram quatro categorias de estudos: medicina tradicional, processo saúde-doença, serviços de saúde e formação de recursos humanos.

Torna-se extremamente difícil referir-se de forma detalhada a essa produção; assim sendo, a opção é comentá-la em largos traços. Uma primeira observação é que, tanto no levantamento bibliográfico sobre a produção de 1950 a 1979 como no de 1980 a 1985, o critério de inclusão dos trabalhos é bastante amplo, ou seja, estão presentes não somente aqueles com quadros teóricos claramente definidos, como também aqueles que utilizam variáveis sociais, econômicas, políticas e culturais. Isto, obviamente, concorre para que

se detecte uma grande quantidade de trabalhos. Assim, para o período de 1950 a 1979 são levantadas 1663 referências e para 1980 a 1985, 1086 referências bibliográficas. Distribuídas pelas quatro categorias acima referidas temos as seguintes proporções: 18,4% em medicina tradicional; 36,35% em serviços de saúde; 32,2% em processo saúde-doença e 13,0% em formação de recursos humanos.

Alguns comentários já foram feitos sobre a presença da Antropologia e, em realidade, a produção contida em medicina tradicional é majoritariamente antropológica e se faz presente especialmente nos anos 50 e 60. O recrudescimento desta produção irá ocorrer no final da década de 70 e início dos anos 80. Nesse momento as pesquisas irão incorporar como campo de estudo os problemas da sociedade urbano-industrial e retomar os estudos sobre as chamadas "práticas populares de saúde". Neste caso, procurava-se dar algum tipo de resposta às urgentes solicitações manifestadas nas propostas de atenção primária de saúde nas quais a extensão de cobertura e a participação comunitária são básicas. Não se pode deixar de citar o oportuno comentário de Menendez⁽¹⁷⁾, ao referir-se a essa questão, quando associa o projeto da atenção primária como uma forma de enfrentar a crise financeira e de eficácia dos sistemas médicos oficiais sobretudo em relação com as populações subalternas, especialmente aquelas que residem na zona rural e na periferia dos centros urbanos. Segundo Menendez, durante os anos 70 e 80 "descobre-se" que são esses grupos que continuam sendo os que apresentam as maiores taxas de mortalidade e que têm as menores coberturas de serviços e atividades médicas, com os maiores problemas de desnutrição, alcoolismo e doenças infecto-contagiosas.

Como apontado em trabalho anterior, Nunes⁽⁴⁴⁾, na década de 50 e 60 os trabalhos apresentavam-se dentro de uma linha culturalista (Menendez denomina de funcionalismo culturalista) onde predominava a análise de valores, atitudes e padrões culturais, e nos anos 70 e 80 encaminha-se para uma abordagem teórica de caráter histórico-estrutural. Nessa perspectiva são realizadas, entre outras, algumas investigações sobre práticas alimentares que concluem que essas práticas não podem ser simplesmente explicadas por motivos culturais⁽⁵⁰⁾.

Em termos de um trabalho que sintetiza aspectos da medicina tradicional na América Latina, pode-se consultar Goldwater⁽⁵¹⁾, que analisa a teoria e

terapia humoral, as categorias quente e frio como reações básicas e suas relações com a saúde, os métodos de diagnóstico e a utilização de plantas e traça algumas idéias sobre o espiritismo no Brasil. Em relação ao Brasil, Queiroz e Canesqui⁽⁵²⁾ realizaram uma análise geral da produção científica, em especial a dedicada às representações de saúde e doença e práticas de cura.

Na categoria Serviços de Saúde a diversidade de temas e sub-temas é bastante grande, e os mais expressivos tratam das relações medicina e sociedade, medicina estatal, análises históricas e programas de saúde. O estudo da articulação da prática médica com a prática social terá um destaque especial, inclusive pela proposta teórica calcada no materialismo histórico, e que será a tônica dos estudos na segunda metade dos anos 70. Lembre-se que o trabalho de Donnangelo "Medicina e Sociedade" foi publicado em 1975⁽⁵³⁾. Na mesma época, Arouca⁽⁵⁴⁾ elabora um estudo crítico sobre a medicina preventiva, que, recorrendo à metodologia foucaultiana de análise do discurso e à proposta teórica althusseriana, não somente reconstitui a "arqueologia" desse campo do conhecimento, como elabora algumas questões que se tornariam fundamentais em posteriores discussões e trabalhos, como é o caso de entender o cuidado médico como um processo de trabalho que tem como objetivo a intervenção sobre os valores vitais e ao atender necessidades humanas é uma unidade de troca à qual é atribuída, social e historicamente um valor. Poucos anos depois, autores como Nogueira⁽⁵⁵⁾ e Gonçalves⁽⁵⁶⁾ iriam realizar importantes estudos sobre a prática médica, no primeiro caso articulando-a às características políticas, econômicas e ideológicas de cada sociedade — a sociedade grega, medieval e moderna capitalista; no segundo caso, como prática social articulada às demais práticas, no modo de produção capitalista. Como analisa Pereira⁽⁵⁷⁾, no trabalho de Gonçalves "a prática médica não foi vista apenas respondendo a solicitações da estrutura social na qual se insere, mas também contribuindo, como sujeito, para a constituição, manutenção, reprodução e transformação dessa estrutura". Ambos os trabalhos datam do final dos anos 70, o primeiro de 1977 e o segundo de 1979, e aparecem numa sequência de trabalhos que teve na tese de Donnangelo⁽¹⁴⁾, "Saúde e Sociedade", de 1976, uma vertente teórica extremamente fértil e inspiradora. A própria Donnangelo⁽⁴³⁾, em trabalho onde analisa a pesquisa brasileira na década de 70, considera que embora nesse período os temas do planejamento e da reorganização ou da rearticulação dos serviços mantinham-se constantes "inicia-se uma linha de pesquisas que vão progressiva-

mente buscando evidenciar com maior ou menor refinamento metodológico as articulações econômicas e político-ideológicas da prática sanitária na sociedade brasileira". Serão marcantes ainda nesse período os trabalhos de Braga(58), Luz (59), e no início dos anos 80 ocorre a publicação do primeiro trabalho que analisa a previdência social, de 1945 a 1960, como um " processo pelo qual as questões previdenciárias convertem-se em questões políticas", de autoria de Cohn (60). O estudo sobre os convênios com a previdência, de Giffoni(61), data de 1981 e somente na segunda metade dos anos 80 Oliveira e Teixeira(62) retomam a questão da previdência.

Constitui tarefa extremamente difícil analisar todos os estudos que podem ser catalogados dentro da ampla categoria que foi adotada – Saúde e Sociedade. Lembraria, do ponto de vista da reconstituição histórica, a importância da pesquisa realizada por Machado e colaboradores(63) sobre as origens da medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil, assim como os trabalhos de Luz(64) sobre as políticas e instituições de saúde no Brasil de 1850 a 1930 e os de Mehry(65) sobre a história da saúde pública no Estado de São Paulo. De outro lado, os pesquisadores sentiram a necessidade de aprofundar o conhecimento do próprio movimento sanitário, e entre os trabalhos podem ser citados Labra(66) e Escorel (67) e, sobre o movimento entre os profissionais médicos, o trabalho de Campos(68). Acrescente-se, ainda, que os anos 80 também trarão novas perspectivas nos estudos sobre o mercado de trabalho e profissões de saúde, assim como sobre insumos para serviços de saúde. Neste último caso, o grande destaque será na análise do medicamento como mercadoria ou relacionando o consumo às classes sociais(69), ou ainda sobre a indústria farmacêutica(70).

Se, especialmente para o Brasil, a grande fonte geradora de trabalhos de pesquisas situa-se no campo que vem sendo denominado de organização das práticas de saúde, e que se estende ao longo da década de 80, inclusive subsidiando a discussão sobre a reforma sanitária(71) e encaminhado-se para a compreensão dos movimentos sociais em saúde(72), em alguns países latino-americanos, México e Equador, a abordagem do processo saúde-doença tornou-se uma das mais férteis experiências no sentido de entender como o processo biológico, sendo um fenômeno natural, assume formas históricas definidas. Não se pode deixar de mencionar que a escola mexicana, com os trabalhos de Laurell(73), da escola equatoriana, com as pesquisas de Breilh(74), de Franco(75) na Colômbia, e, no Brasil, os trabalhos de Tambellini(76) serão fun-

damentais no encaminhamento da chamada Epidemiologia Social ou Epidemiologia Crítica.

Embora grande parte da produção epidemiológica ainda se refira a fatores e não a processos, percebe-se que gradativamente, como lembrava Donnangelo (43), "o social já não aparece sob a forma de uma variável adicionada ao elenco de fatores causais da doença mas como um campo estruturado no interior do qual a doença adquire um específico significado social". Como exemplos citam-se as pesquisas sobre a doença de Chagas, relacionando-a à estrutura agrária; ao processo migratório; ao trabalho urbano e ao espaço social(77). Trabalhos como o de Barata (78) sobre a epidemia de meningite e o de Ruffino e Pereira(79) sobre a tuberculose no Rio de Janeiro ilustram como a doença pode ser melhor compreendida quando tomada em suas dimensões histórica e política.

Dentro da classificação que adotamos, a que se apresenta menos desenvolvida em relação à utilização de marcos sociológicos de análise é a de formação de recursos humanos. Já em 1983 Nogueira(80) apontava, ao revisar a literatura de 1966-1982, que existiam poucas investigações baseadas em fontes primárias de dados; que a preocupação principal era com o currículo e a organização do ensino universitário; que começava a ganhar espaço a questão do pessoal auxiliar, e não se estudava a questão da ideologia e dos movimentos profissionais. Algumas análises críticas da medicina preventiva aparecem nos anos 80(81) e dois estudos sobre a educação médica são relevantes: o realizado por Schriber (82) e o de Lima(83); ainda sobre este tema, os egressos do curso médico seriam o objeto de pesquisa de Ribeiro(84).

Sabemos perfeitamente que as citações não cobrem toda a literatura produzida, e as referidas neste trabalho contribuem para, de uma forma muito geral, dar os contornos do campo das ciências sociais em saúde. Há notáveis trabalhos realizados após 85 e que merecem uma análise especial, mas que infelizmente não se torna possível neste momento. O crescente número de teses e dissertações necessita ser revisado para, assim, fornecer um balanço mais detalhado. Não se pode deixar de mencionar a importância que passa a ser conferida à própria questão da metodologia a ser utilizada na área das pesquisas em saúde coletiva, exemplificada pelo trabalho de Minayo(85). Isto reconduz a um campo de preocupações que, nos anos 80, teve em Pereira(57), quando realizou uma circunstanciada análise de como os métodos

funcionalista, da compreensão e o dialético haviam sido utilizados em investigações sobre a organização social das práticas de saúde, um dos primeiros sistematizadores que procurou entender o que estava ocorrendo com a "explicação sociológica em medicina social". Mais recentemente, Luz⁽⁸⁶⁾ irá se dedicar a analisar o desenvolvimento sócio-histórico da racionalidade científica moderna, "através do exame de algumas categorias estratégicas comuns a duas disciplinas do social: a medicina e a sociologia, privilegiando a medicina na análise".

Perspectivas em Ensino e Investigação em Ciências Sociais e Saúde

A tentativa de apresentar um quadro geral da situação deste campo do conhecimento impõe, a esta altura, alguns esclarecimentos. O primeiro refere-se à denominação "ciências sociais em saúde", que se tornou usual entre os que desenvolvem atividades docentes na área de saúde pública e medicina social. Em realidade, disciplinas com a denominação de sociologia médica, ou da saúde, antropologia médica, economia da saúde, comuns entre norte-americanos e europeus, tem um desenvolvimento bastante recente entre nós. Seguramente, a questão da denominação torna-se, sob certos aspectos, secundária, na medida que o fundamental está no equacionamento da proposta que visa não somente compreender a dimensão social das práticas de saúde, mas também como o processo saúde-doença é, em essência, um processo social. De outro lado, a maior ênfase nos aspectos sociológicos, antropológicos, políticos ou econômicos está relacionada não somente à formação do pesquisador, como principalmente ao tema e aos objetivos da investigação. Uma simples leitura dos objetivos de alguns cursos de pós-graduação corroboram a afirmação acima. Por exemplo, são citados como objetivos do Mestrado em Saúde Coletiva/UERJ: "...desenvolver instrumentos de reflexão sobre a medicina como prática social, analisando a gênese e desenvolvimento do saber e das práticas de saúde, bem como das dimensões técnicas, econômicas e político-ideológicas"; do Mestrado em Saúde Comunitária/UFBA: "...compreende a investigação dos determinantes da produção social das doenças e da organização social dos serviços de saúde e o estudo da historicidade do saber e das práticas sobre os mesmos" (87).

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. Em relação ao ensino, e aqui refiro-me ao de graduação de estudantes da área da saúde, o problema não se constitui em discutir a validade de introduzir ou não as ciências sociais; esta discussão foi superada na medida em que a "saúde como questão social" passou a ser de aceitação universal. A questão básica é a de encontrar formas adequadas à transmissão dos conteúdos, considerando-se, inclusive, que no momento a literatura nacional já conta com expressivo material, situação muito diferente do que ocorria há quase três décadas, quando a bibliografia aplicada à área da saúde referia-se a uma realidade que não a nossa. De outro lado, o fato de as ciências sociais terem sido introduzidas no interior da escola médica junto a departamentos considerados "marginais" concorreu para cercear a sua expansão, acrescentando-se a isso que muitos docentes não tinham formação especializada em ciências sociais. Interessante que, entre nós, o fato de alguns cursos terem associado às ciências sociais a palavra "aplicadas à saúde" foi visto por muitos como uma área de menor expressão, no mínimo como atórica, como também a idéia de que a escola médica, obviamente com a maioria do seu pessoal docente procedente da área biológica e pelo status dominante da profissão, é que determinava as linhas de pesquisa dos cientistas sociais. Se isto aconteceu em algumas escolas, até onde vai o meu conhecimento sobre a questão, a situação foi bastante diferente do que ocorreu nos Estados Unidos. Ugalde(88), citando trabalho realizado por Maikovich, aponta que nos Estados Unidos as ciências sociais em saúde, surgindo à sombra dos hospitais universitários, estiveram sob o domínio da medicina marcando profundamente as investigações, sendo que os temas escolhidos para investigação sociológica "refletiam uma clara parcialidade dos interesses da poderosa profissão médica norte-americana". Dessa forma, a ênfase em investigações era sobre a percepção que os médicos tinham dos pacientes, e não o contrário; sobre a organização dos hospitais e sobre modelos sócio-psicológicos na utilização dos serviços médicos. Somente anos depois, com a participação de pesquisadores com formação marxista, como McKinlay, Navarro, Waitzkin, Watermann, é que o questionamento político, econômico e ideológico da medicina e da saúde começa a ser abordado. No Brasil, assim como em outros países latino-americanos, a situação foi diferente, pois "Enquanto a teoria social que se desenvolvia nos Estados Unidos era conservadora, a aplicação das ciências sociais na América Latina tinha uma orientação claramente progressista, e de acordo com as classes dominantes latino-americanas, subversiva" (88). São conhecidas as reações das forças militares relacionadas à repressão ao ensino das ciências

sociais, levando ao exílio muitos dos seus mais importantes professores e pesquisadores. Com isto não quero afirmar que as reações negativas dos estudantes de medicina às ciências sociais fossem devidas exclusivamente à questão ideológica e ao seu caráter crítico; a resistência também se devia ao fato de que, pelas suas próprias características, elas se contrapunham ao modelo de conhecimento que a escola médica tradicional tem como base para a formação profissional e que é calcada num ciclo básico com ênfase nas ciências biológicas e um ciclo profissional que objetiva a especialização. Obviamente, a conquista de um pequeno espaço tornava-se uma grande vitória: constituir-se como disciplina obrigatória era a primeira delas. Tentar integrar-se com outras disciplinas sempre foi uma tarefa praticamente impossível, visto que a interdisciplinaridade nunca foi desenvolvida pelos departamentos, embora constituísse ponto fundamental no seu ideário desde as suas origens nos anos 60.

Continuar trabalhando a questão do ensino é de fundamental importância, considerando-se que as possibilidades de introduzir as ciências sociais ampliou-se além da graduação, abrangendo cursos de pós-graduação, especialização e residências médicas. Cada um deles tem uma problemática de ensino diferente e demanda estratégias pedagógicas distintas. O trabalho de Spinelli(89), citado anteriormente, chama a atenção para o fato de que é no ensino que se observa "o grande aproveitamento dos profissionais, absorvendo a maior parte do tempo deles, seja a graduação de profissionais de saúde (32 em Medicina, 16 em Enfermagem, 6 em Nutrição especificamente em cada curso, fora as múltiplas participações; apenas 5 não mencionaram a graduação)".

Em relação à pesquisa, os quatro campos citados continuam a desafiar os estudiosos. As análises antropológicas têm a sua frente o estudo das práticas populares de saúde e suas relações com a estrutura social e seus aspectos ideológicos, integrando, como escreve Menendez(17), "as dimensões cultural e econômico-política".

A área de serviços de saúde, e que em realidade é mais ampla do que o nome pode sugerir, pois refere-se à organização social das práticas de saúde, mostrou-se ao longo dos últimos anos altamente produtiva. A temática é diversificada e muitos dos assuntos que foram enunciados e mesmo pesquisados deverão ser objeto de reflexão nos próximos anos. Refiro-me em especial

ao papel do Estado e à questão das relações de poder, tanto as que se manifestam a nível técnico, administrativo, como político e ideológico. Alguns estudiosos da área têm apontado a procedência das análises que contemplem a relação Estado-setores populares, o que conduziria a conferir especial destaque ao estudo dos movimentos sociais em saúde.

Em relação à área de estudos sobre o processo saúde-doença, o campo continua a exigir um esforço redobrado, considerando-se que a interrelação entre o biológico e social coloca, de um lado, problemas de natureza epistemológica que necessitam ser analisados, e, de outro, a necessidade de dar resposta aos problemas sanitários que se tornam cada vez mais agudos. Nesse sentido, tornam-se fundamentais estudos que estabeleçam as articulações entre a crise e a situação de saúde. Dessa forma, pesquisar a deterioração das condições de vida que vem ocorrendo entre elevados contingentes populacionais, constitui ponto de partida para traçar o seu perfil epidemiológico. É evidente que estas questões têm que ser analisadas considerando dimensões que especifiquem as transformações nos processos de trabalho, nos padrões de relações sociais e na distribuição do espaço social. Como apontei em outro trabalho, considero que: " Basicamente será através das categorias referidas aos processos de produção e reprodução social, expressados na diferenciação em classes sociais que se poderá compreender melhor as relações da crise com os processos saúde-doença. Continua sendo importante investigar o impacto da urbanização e seu significado e implicações na saúde; o processo de migração acelerado pela crise e suas relações com a doença, inclusive as mentais." Seguramente, a relação trabalho-saúde continuará sendo um objeto de estudo da maior relevância, que, como escreveu Laurell(90), trará amplas possibilidades para o entendimento da " interrelação dinâmica entre o social e o biológico, postulando, sem dúvida, a subordinação do segundo ao primeiro", quando conclui que " o processo saúde-doença não está socialmente determinado, mas que tem caráter social em si mesmo".

No último grupo de trabalhos revisados, o da formação de recursos humanos, há, entre outras questões a investigar, a que se refere à continuidade de projetos que dimensionem as relações entre o trabalho dos profissionais de saúde e as políticas de saúde. Certamente, no campo específico das questões educacionais, quanto ao ensino das ciências da saúde, a análise sociológica, muito pouco realizada entre nós, não pode deixar de ser citada como um campo aberto à investigação.

É óbvio que a pesquisa não pode deixar de ser equacionada frente às situações da política científica do país e das formas institucionais que possam concorrer para a efetivação de recursos financeiros, sem os quais ela se converte em mera possibilidade, ou, na melhor das hipóteses, num trabalho individual, cujas finalidades ficam limitadas à obtenção de um título acadêmico e com uma divulgação muito limitada.

Quando em recente trabalho tentei traçar elementos que configurassem a Medicina Social na América Latina, deparei-me com uma questão que não podia ser deixada de lado, pois ela atingia praticamente todos os problemas que a sociedade vem enfrentando neste final de século e que se enuncia com a palavra crise. Naquele momento escrevi: "Sem dúvida, a crise e sua problematização não são exclusividade da medicina social. Ela penetra outros campos do conhecimento e a discussão de novos paradigmas reaparece nos anos 80. Ademais, não é possível entender a crise do conhecimento como um fato isolado. De fato, no mesmo período, especialmente em seu final, foram aprofundadas as análises críticas tanto das práticas político-sociais do capitalismo como do socialismo. Não sendo este o espaço para avançar uma caracterização da crise, convém assinalar que a leitura das crises políticas têm perspectivas distintas se são feitas a partir dos países da Europa Oriental, dos Estados Unidos, dos países da Europa Ocidental, ou dos países dependentes, incluindo logicamente os latino-americanos". Buscar inspiração na análise feita por Ianni⁽⁹¹⁾ quando tratou da crise dos paradigmas em sociologia pareceu-me a mais adequada. Ao revisar a longa trajetória que se inicia após a 2ª Guerra Mundial e se intensifica na atualidade, o autor escreve: "Uns se colocam radicalmente em favor de novos paradigmas. Outros propõem renovações ou desenvolvimentos dos clássicos, incorporando aí contribuições contemporâneas. E há os que reconhecem que a criação de novos paradigmas não implica necessariamente na desqualificação dos outros. Mesmo porque, na história do pensamento sociológico, ao lado das oposições e rupturas, registram-se também convergências e continuidades." A síntese que Ianni oferece em seguida é extremamente esclarecedora e, ao citá-la, retomo-a não somente como encaminhadora das discussões na Medicina Social, mas, em especial, para o campo das ciências sociais em saúde. "No conjunto discutem-se problemas relacionados tanto ao método como ao objeto da sociologia. Discutem-se prioridades ou acomodações, quanto à indução quantitativa e qualitativa, à análise sincrônica e diacrônica, ao contraponto das partes

e do todo, à dinâmica e à estabilidade sociais, ao indivíduo e à sociedade, ao objetivo e subjetivo". Sem dúvida, os impasses das ciências sociais em saúde não se situam fora desses problemas, mesmo porque, ao situar-se como parte do conjunto das ciências sociais, reflete com maior ou menor intensidade, e com as diferenças que lhe são peculiares pelo objeto que aborda — a saúde — as controvérsias do campo maior.

Ao finalizar a sua análise, Ianni expõe cinco pontos que procuram "explicitar determinadas singularidades da sociologia, como ciência do social". Para os que têm trabalhado ao longo desses anos, e aqueles que iniciam a aventura na tentativa de constituir um campo do conhecimento na saúde e que se vêem constrangidos pelas crises, as recomendações de Ianni constituem elementos que podem orientar esta caminhada. Primeiramente, é apontada a característica fundamental da sociologia — a de pensar-se criticamente, durante todo o tempo; em segundo lugar, a de "reconhecer que o objeto da sociologia é a realidade social em movimento, formação e transformação", revelando principalmente que "o objeto e o sujeito do conhecimento distinguem-se e confundem-se"; em terceiro lugar, ao considerar que a sociologia é uma forma de auto-consciência científica da realidade; em quarto lugar, enfrentar o desafio permanente da relação entre ciência e arte, teoria e técnica, conhecimento e poder ou teoria e prática; e, finalmente, que na sociologia "o sujeito do conhecimento é individual e coletivo", no sentido que ele se expressa através de "um eu e um nós, um sujeito simultaneamente individual e coletivo do conhecimento".

Reiterar que as ciências sociais colocam-se como fundamentais tanto para as análises conjunturais e estruturais no campo da saúde, e que a construção epistemológica num campo de conhecimento essencialmente interdisciplinar é da maior importância, chega a ser uma obviedade, mas que necessita ser apontada para que se torne cada vez mais real e extrapole o campo da retórica e do desejo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 FOX, R. Reflexions and opportunities in the sociology of medicine. *J. of Hlth. soc. Behav.*, 26:6-14, 1985.
- 2 MILLS, C. W. *A imaginação sociológica*. trad. de Waltensir Dutra. Rio de Janeiro, Zahar Ed., 1965.
- 3 FARIS, R. L. & DUNHAM, H. W. *Mental disorders in urban areas*. Chicago, University of Chicago Press, 1939.
- 4 MERTON, R. K.; READER, G. C.; KENDALL, P. L. *The student-physician*. Cambridge, Harvard University

Press, 1957.

- 5 SROLE, L. et al. *Mental health in the metropolis*. New York, McGraw-Hill, 1962.
- 6 SINGER, H. E. *Henry E. Singer on the sociology of medicine*. New York, M. D. Publications, 1960.
- 7 STERN, B. J. *Society and medical progress*. Princeton, Princeton Press, 1941.
- 8 PARSONS, T. *The social system*, New York, Free Press, 1951.
- 9 GARCÍA, J. C. A articulação da medicina e da educação na estrutura social. In: Nunes, E. D., org. *Juan César García: pensamento social em saúde na América Latina*. São Paulo, Cortez, 1989. p.189-232.
- 10 ANDRADE, J. Marco conceptual de la educación médica en América Latina (1ª Parte). *Educ. méd. Salud*, 12(1). 1977.
- 11 NUNES, E. D. Ciências sociais em saúde no Brasil: notas para a sua história. *Educ. méd. Salud*, 21(2):106-15, 1987.
- 12 NUNES, E. D. Análise de alguns modelos utilizados no ensino das ciências sociais nas escolas médicas: bases teóricas. *Rev. Saúde Públ.*, S. Paulo, 12:506-15, 1978.
- 13 BREILH, J. La medicina comunitária: una nueva policía médica? *Rev. mexic. Cienc. polít. soc.*, 84:5781, 1976.
- 14 DONNANGELO, M. C. F. & PEREIRA, L. *Saúde e sociedade*. São Paulo, Duas Cidades, 1976.
- 15 OSHIRO, J. H. Educação para a saúde nas instituições de saúde pública. São Paulo, 1988. [Dissertação de Mestrado – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo].
- 16 SEPÚLVEDA, O. La investigación en ciencias de la conducta y medicina en Latinoamérica. In: Badgely, R. F., ed. *Ciencias de la conducta y enseñanza médica en América Latina*. New York, Fundación Milbank Memorial, 44(2):55-74, 1966.
- 17 MENENDEZ, E. L. *Antropología médica: orientaciones, desigualdades y transacciones*. México, CIESAS, 1990. p. 5-24: Antropología médica en América Latina: una historia que comienza.
- 18 GARCÍA, J. C. Paradigmas para la enseñanza de las ciencias sociales en las escuelas de medicina. *Educ. méd. Salud*, 9(2), 1971.
- 19 NUNES, E. D. A Medicina como profissão: contribuição ao estudo da escolha ocupacional entre os estudantes de medicina. Campinas, 1976. [Tese de Doutorado, Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP].
- 20 GARCÍA, J. C. *La educación médica en la América Latina*. Washington, Organización Panamericana de la Salud, 1972.
- 21 GAETE, J. & TAPIA, I. Ciencias sociales: una discusión acerca de su enfoque en medicina. *Cuad. méd. Soc.*, Santiago, 9(2):32-7, 1970.
- 22 OPS/OMS. Aspectos teóricos de las Ciencias Sociales aplicadas a la medicina. *Educ. méd. Salud*, 8(4):354-59, 1974.
- 23 GOFFMAN, E. *Estigma: la identidad deteriorada*, trad. Leonor Guinsberg. Argentina, Ammorrotu, 1970.
- 24 BLOOM, S. W. *The doctor and his patient*. New York, Russel Sage Foundation, 1963.
- 25 MECHANIC, D. *Medical sociology*. New York, Free Press, 1978.
- 26 POLACK, J. C. *La medicina du capital*. Paris, Maspero, 1971.
- 27 BERLINGUER, G. *Medicina y sociedad*. Barcelona, Fontanella, 1972.
- 28 ROSEN, G. Evolução da medicina social. In: Nunes, E. D., org. *Medicina social: aspectos históricos e teóricos*. São Paulo, Global, 1983. p.25-82.
- 29 FREIDSON, E. *Professional dominance: the social structure of medical practice*. Chicago, Aldine Publishing

- Co., 1970.
- 30 CANGUILHEM, G. *Lo normal y lo patológico*. Buenos Aires, Ed. Siglo XXI, 1971.
 - 31 BACHELARD, G. *O novo espírito científico*; trad. Juvenal Hahne Júnior. Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1968.
 - 32 FOUCAULT, M. *El nacimiento de la clínica*. México, Ed. Siglo XXI, 1972.
 - 33 BORDIEU, P. *La reproduction*. Paris, Éditions Minuit, 1970.
 - 34 FICHANT, M. & PÉCHEU, M. *Sobre la história de las ciencias*. Buenos Aires, Ed. Siglo XXI, 1971.
 - 35 KOSIK, K. *Dialética do concreto*; trad. C. Neves & A. Toribio. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1976
 - 36 LUKÁCS, G. *Historia y consciencia de clase*; trad. M. Sacristán. Barcelona, Grijalbo, 1975.
 - 37 ALTHUSSER, L. & BALIBAR, E. *Para leer el Capital*. México, Siglo XXI, 1970.
 - 38 POULANTZAS, N. *Poder político e classes sociais*; trad. Francisco Silva. São Paulo, Martins Fontes, 1977.
 - 39 GRAMSCI, A. *Os intelectuais e a organização da cultura*. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1968.
 - 40 GARCÍA, J. C. *As ciências sociais em medicina*. In: Nunes, E.D., org. ref. 11, p. 51-67.
 - 41 MERCER, H. As contribuições da sociologia à pesquisa em saúde. In: Nunes, E. D. *As ciências sociais em saúde na América Latina: tendências e perspectivas*. Brasília, Organização Panamericana de Saúde, 1975. p.221-32.
 - 42 TEIXEIRA, S. M. F. As ciências sociais em saúde no Brasil. In: Nunes, E.D., org. ref. 41, p.87-109.
 - 43 DONNANGELO, M. C. F. A pesquisa na área da saúde coletiva no Brasil: a década de 70. In: ABRASCO. *Ensino da saúde pública, medicina preventiva e social no Brasil*. Rio de Janeiro, 1983. p.19-35.
 - 44 NUNES, E. D. Tendências e perspectivas das pesquisas em ciências sociais em saúde na América Latina: uma visão geral. In: Nunes, E.D., org. ref. 41, p.31-79.
 - 45 TEIXEIRA, S. M. F. op. cit. ref.42. ABRASCO. Relatório de Reunião em Caxambu, 27-30/11/1988.
 - 46 NUNES, E. D. As ciências sociais nos planos de estudo de graduação e pós-graduação. In: Nunes, E.D., org. ref. 41, p. 427-55.
 - 47 COHN, A. e NUNES, E. D. *A pós-graduação em saúde coletiva: mestrado e doutorado*. Rio de Janeiro. ABRASCO., Rio de Janeiro, 1988, p.15-26. Estudos de Saúde Coletiva, nº 5.
 - 48 NUNES, E. D. *Bibliografia latino-americana de ciências sociais aplicadas à saúde*. Brasília, Organização Panamericana de Saúde, 1987.
 - 49 BADGLEY, R. F., et. al. *Bibliografia latinoamericana de ciencias sociales aplicadas a la salud*. Washington, Organizacion Panamericana de la Salud, 1980.
 - 50 CANESQUI, A. Antropologia e alimentação. *Rev. Saúde Públ.*, S. Paulo, 22(3):207-16, 1988.
 - 51 GOLDWATER, C. La médecine traditionnelle en America Latina. In: Bannerman R. et al, org. *Médecine traditionnelle et couverture des soins de santé*. Geneve, OMS, 1983. p.37-50.
 - 52 QUEIROZ, M. de S. & CANESQUI, A. Contribuições da antropologia à medicina: uma revisão de estudos no Brasil. *Rev. Saúde Públ.*, São Paulo, 20(2):141-51, 1986.
 - 53 DONNANGELO, M. C. F. *Medicina e sociedade: o médico e seu mercado de trabalho*. São Paulo, Livraria Pioneira Ed., 1975.
 - 54 AROUCA, A. S. da S. O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. Campinas, 1975. [Tese de doutorado – Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP].

- 55 NOGUEIRA, R. P. Medicina interna e cirurgia: a formação social da prática médica. Rio de Janeiro, 1977. [Dissertação de Mestrado – Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro].
- 56 GONÇALVES, R. B. M. Medicina e história: raízes sociais do trabalho médico. São Paulo, 1979. [Dissertação de Mestrado – Faculdade de Medicina da USP].
- 57 PEREIRA, J. C. de M. A explicação sociológica na medicina social. Ribeirão Preto, 1983. [Tese de Livre-Docência – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP].
- 58 BRAGA, J. C. A questão da saúde no Brasil. Campinas, 1978 [Dissertação de Mestrado – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da UNICAMP].
- 59 LUZ, M. T. *As instituições médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia*. Rio de Janeiro, Graal, 1978.
- 60 COHN, A. *Previdência social e processo político no Brasil*. São Paulo, Ed. Moderna, 1981.
- 61 GIFFONI, M. R. Assistência médica e relações de trabalho na empresa: o modelo de convênio com a previdência social. São Paulo, 1981 [Dissertação de Mestrado – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da USP].
- 62 OLIVEIRA, J. A. & TEIXEIRA, S. F. A (im)previdência social: 60 anos da previdência social no Brasil. Rio de Janeiro, Vozes/ABRASCO, 1986.
- 63 MACHADO, R., et. al. *Danação da norma: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro, Graal, 1978.
- 64 LUZ, M. T. *Medicina e ordem política brasileira: políticas e instituições de saúde (1850-1930)*. Rio de Janeiro, Graal, 1982.
- 65 MERHY, E. E. *O capitalismo e a saúde pública*. Campinas, Papyrus, 1985.
- 66 LABRA, M. E. O movimento sanitário dos anos 20: da conexão sanitária internacional à especialização em saúde pública no Brasil. Rio de Janeiro, 1985 [Dissertação de Mestrado – Fundação Getúlio Vargas da EBAP].
- 67 ESCOREL, S. A reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro, 1987 [Dissertação de Mestrado – Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz].
- 68 CAMPOS, G. W. de S. *Os médicos e a política de saúde*. São Paulo, HUCITEC, 1988.
- 69 GIOVANNI, G. A questão dos remédios no Brasil: produção e consumo. Polis, São Paulo, 1980. BARROS, M.B.A. saúde e classe social: um estudo sobre morbidade e consumo de medicamentos. Ribeirão Preto, 1983 [Tese de Doutorado – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP].
- 70 CORDEIRO, H. *A indústria de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro, Graal/CEBES, 1980.
- 71 TEIXEIRA, S. F., org. *Reforma sanitária: em busca de uma teoria*. São Paulo, Cortez/ABRASCO, 1989.
- 72 JACOBI, P. *Movimentos sociais e políticas públicas: demandas por saneamento básico e saúde: São Paulo, 1974-84*. São Paulo, Cortez, 1989.
- 73 LAURELL, A. C. & NORIEGA, M. *Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário*; trad. A. Cohn et. al. São Paulo, Hucitec, 1989.
- 74 BREILH, J. *Epidemiologia: economia, medicina y política*. Santo Domingo, SESPAS, 1981.
- 75 FRANCO, S. As doenças tropicais; da análise de "fatores" à análise de "processos". In: Nunes, E. D., org., ref. 41, p. 293-305.
- 76 TAMBELLINI, A. O trabalho e a doença. In: Guimarães, R., ed. *Saúde e medicina no Brasil: contribuição para um debate*. Rio de Janeiro, Graal, 1978.
- 77 CALDAS Jr., L. Epidemiologia e controle da doença de Chagas: relação com a estrutura agrária na região de Sorocaba. São Paulo, 1980 [Dissertação de Mestrado – Faculdade de Medicina da USP].

- 77 LITVOC, J. Doença de Chagas e processo migratório no Estado de São Paulo. São Paulo, 1980. [Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina da USP]; GOLDBAUM, M. Doença de Chagas e trabalho em Área urbana. São Paulo, 1979 (Dissertação de Mestrado, FM/USP); SILVA, L. J. A evolução da doença de Chagas no Estado de São Paulo. Ribeirão Preto, 1981 [Tese de Doutorado, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP].
- 78 BARATA, R. de C. B. *Meningite: uma doença sob censura?* São Paulo, Cortez, 1978.
- 79 RUFFINO NETTO, A. & PEREIRA, J. C. Mortalidade por tuberculose e condições de vida: o caso do Rio de Janeiro. *Saúde em Deb.*, (12):24-34, 1981.
- 80 NOGUEIRA, R. P. Pessoal de saúde: a discussão teórica e a produção científica sobre o tema. In: Nunes, E. D. ref. 41, p. 391-407.
- 81 PAIM, J. S. Medicina preventiva e social no Brasil: modelos, crises e perspectivas. *Saúde em Deb.* (11):57-9, 1981.
- 82 SCHRIBER, L. *Educação médica e capitalismo*. São Paulo, HUCITEC/ABRASCO, 1989.
- 83 LIMA, J. C. de S. Educação e prática médica: os movimentos de educação médica na América Latina. Rio de Janeiro, 1983. [Dissertação de Mestrado — Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro].
- 84 RIBEIRO, C. M. P. De estudante de medicina a médico no interior: formação e vida profissional isolada em pequenas cidades de vinte e dois médicos egressos da Universidade Federal de Minas Gerais, de 1978 a 1985. Campinas, 1991. [Tese de Doutorado — Faculdade de Educação da UNICAMP].
- 85 MINAYO, M. C. D. S. O desafio do conhecimento: metodologia de pesquisa social(qualitativa) em saúde. Rio de Janeiro, 1989. [Tese de Doutorado, Escola Nacional de Saúde Pública da FIOCRUZ].
- 86 LUZ, M. T. *Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna*. Rio de Janeiro, Campus, 1988.
- 87 ABRASCO. *Catálogo de pós-graduação em saúde coletiva: Brasil, 1991*. Rio de Janeiro, 1991.
- 88 UGALDE, A. Ciencias sociales y la administración: enseñanza e investigación de la salud: un caso de subordinación, subversión o subdesarrollo teórico? Birmingham. University of Alabama, 1988, p.37-56. Sparkman Center Series in International Health, nº 1.
- 89 SPINELLI, S. P. Caracterização dos profissionais que atuam na área da saúde, com metodologia das ciências sociais. In: Adorno, R.F. org. *Pesquisa social em saúde*. São Paulo, Cortez, 1992 [no prelo].
- 90 LAURELL, A. C. El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina. Cuad. méd. Soc., Santiago. 7:3-18, 1986.
- 91 IANNI, O. A crise dos paradigmas em sociologia. Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da UNICAMP, 1989. [mimeo].