

1

CIÊNCIAS SOCIAIS, A SAÚDE E A SAÚDE COLETIVA¹

ANA MARIA CANESQUI

Já se acumularam, no decorrer das duas últimas décadas, importantes análises sobre a reconstituição e institucionalização das ciências sociais no campo médico e sanitário, especificamente quanto a sua penetração no ensino e pesquisa (Nunes(1); Teixeira(2); Costa(3)). Não se pode negar que as ciências sociais detiveram relevante papel na constituição da Saúde Coletiva e denominações congêneres, comportando distintos modelos e orientações correspondentes aos objetos de estudo e às abordagens teórico-metodológicas.

Trata-se neste texto de recuperar a forma de inserção das ciências sociais no campo da saúde, a partir de um conjunto de estudos já elaborados, tanto quanto de pontuar algumas questões a respeito do papel que lhes tem sido reservado no âmbito da Saúde Coletiva, campo esse ainda em constituição no Brasil.

A inserção das ciências sociais no campo da saúde

A produção de um pensamento social em saúde certamente antecede à introdução de disciplinas específicas relacionadas às ciências sociais no âmbito universitário, dirigidas à formação médica e de especialistas em Saúde Pública. Uma reconstituição completa daquele pensamento ainda está por ser feita desde que, antes de os saberes sociológicos e antropológicos encontrarem os seus próprios espaços marcados pelo desenvolvimento da autonomia científica, pelo trabalho sistemático e de investigação, conforme nos lembra Ortiz(4), eles se espalharam nas escolas de Medicina, Direito e Institutos Históricos e Geográficos.

Assim sendo, o processo de disciplinarização das ciências sociais na saúde corria paralelo à disciplinarização acadêmica da Sociologia e Antropologia,

ou seja, a partir da década de 40, quando, de um lado, geravam-se as condições materiais e simbólicas para o desenvolvimento das ciências sociais, de outro, elas penetravam, como disciplinas específicas na formação de especialistas de Saúde Pública e de educadores no Curso de Problemas da Sociologia Aplicada à Higiene (1945) da Faculdade de Saúde Pública da USP e no curso de Fundamentos Sócio-Econômicos (1952), na Escola Nacional de Saúde Pública, subsidiando a formação de sanitaristas planejadores e administradores.

Concomitante a esse processo um conjunto de estudos empíricos, envolvendo a comunidade e, no seu âmbito, os hábitos alimentares, os tabus e as crenças relativas ao parto e à medicina popular, eram descritos pelos antropólogos associados ou não mais diretamente às instituições sanitárias. Além disso, os estudos descritivos, exemplificados pelos clássicos inquéritos alimentares, já subsidiavam as políticas governamentais, além de integrarem-se ao rol das pesquisas, envolvendo a intervenção sanitária, da mesma forma como eram realizados estudos folclóricos interessados na catalogação e no registro das práticas de cura.

Tomando-se por referência a análise efetuada por alguns autores(1), verifica-se que num primeiro momento, a partir do período do pós-Segunda Guerra até à metade dos anos 60, as ciências sociais no campo da saúde difundiram-se, sob a forma de Ciências da Conduta, em áreas específicas (educação, extensão agrícola, medicina, saúde pública) na América Latina, ou sob a forma de ciências aplicadas, reunindo a contribuição de distintos campos de conhecimento tais como: Sociologia, Antropologia e Psicologia Social, portando basicamente o enfoque culturalista e comportamental, sob marcada influência norte-americana.

Penetrados os modelos da Ciência da Conduta ou das Ciências Sociais Aplicadas no ensino da Medicina Preventiva e da Saúde Pública no Brasil na década de 50, depara-se, evidentemente, com especificidades institucionais e regionais, tanto quanto com a maior ou menor presença das ciências sociais naqueles campos. É conhecida a diversidade dos departamentos de Medicina Preventiva e Social e suas denominações congêneres, implicando a sua maior ou menor adesão aos diferentes modelos de ensino ou de composição curricular, incluindo a presença das ciências sociais. De toda maneira a tendência marcante, naquela primeira etapa, foi a presença das Ciências da Conduta no ensino da Medicina Preventiva e Social e, mais eventualmente, noutros campos médicos (psiquiatria, materno-infantil, obstetrícia), tendo elas permanecido confinadas àqueles departamentos.

A maior expansão do ensino das ciências sociais na saúde (Sociologia), dar-se-ia, nas escolas médicas, após a Reforma Universitária de 1968, onde as exigências do currículo mínimo de Medicina e as recomendações da Comissão de Ensino Médico (1971-1973) previam a incorporação de áreas

referentes à organização da prática médica e à administração de serviços de saúde(5). Como é sabido, essa reforma imprimiu a modernização do ensino médico com reflexos nas estruturas departamentais, na divisão do ciclo básico e profissional, bem como a política educacional de ensino superior da época promoveu a expansão e a privatização do ensino superior.

Do resultado destas alterações curriculares não era esperada a constituição homogênea dos departamentos de Medicina Preventiva nas escolas médicas. Tanto é que a diversidade de suas denominações (Medicina Preventiva, Medicina Social, Medicina Comunitária, Saúde Pública) atenderiam a contingências conjunturais e a identidades teóricas ou ideológicas, bem como a concepções distintas das reformas no campo da saúde, influenciando a docência, a pesquisa e alguns modelos de práticas de saúde no Brasil(5).

Como lembra Donnangelo, "os departamentos de Medicina Preventiva, cuja implantação se fazia no Brasil, desde meados da década de 50, sob inspiração do movimento de medicina integral e preventiva norte-americana, encontravam-se parcialmente engajados, por via da investigação epidemiológica e das chamadas Ciências da Conduta, na tarefa de proporcionar os necessários elementos integrativos para a recomposição, a nível da prática clínica de medicina, da noção do indivíduo como ser bio-psico-social, comprometidos portanto com o *coletivo* no seu significado ainda restrito"(5).

Num segundo momento, ou seja, a partir do fim da década de 60 até à metade da década de 70, as Ciências da Conduta ou Aplicadas à Medicina sofreram severas críticas, por sua fragilidade explicativa diante dos processos sociais e das condições sanitárias adversas e da crise da medicina, cuja análise requererá marcos teóricos mais vigorosos e globalizantes, do que o funcionalismo, que fossem capazes de analisar a estrutura e dinâmica de uma sociedade capitalista tardia e nela a questão da saúde. Deve-se observar que o vigor desta crítica, em relação ao funcionalismo, já era formulada pelas ciências sociais (Sociologia e Ciência Política) latino-americanas e brasileiras, buscando-se, nos marcos teóricos globalizantes e no próprio materialismo histórico, os fundamentos capazes de explicar as mudanças, as estruturas, as contradições da sociedade capitalista que se expandia ancorada sob forte intervenção estatal, especialmente após os anos 30 e com características peculiares à década de 70, sob o regime militar.

Assim, a produção de explicações mais abrangentes e macroestruturais, formuladas pela Sociologia e Ciência Política latino-americanas e brasileiras tiveram repercussões na área da saúde. Trata-se da teoria da dependência ou das relações estabelecidas entre saúde e desenvolvimento, com referência ao quadro sanitário, cujos equívocos foram posteriormente identificados. Outros temas como o imperialismo, a dependência tecnológica também estavam presentes nas reflexões sanitárias mais progressistas no decorrer das décadas de 50 e 60.

Mas também, no âmbito das instituições acadêmicas da área da saúde ou de alguns departamentos de Medicina Preventiva médicos e sociólogos, desde o final da década de 60, em vários seminários (Ribeirão Preto, 1969, Campinas, 1970 e 1971, dentre outros) questionavam o modelo preventivista e nele as Ciências da Conduta, procurando novos paradigmas para o seu ensino e pesquisa. Esta reflexão, oriunda primeiramente de grupos de esquerda situados nos departamentos de Medicina Preventiva, procurou absorver o materialismo histórico e as contribuições de filósofos franceses (Foucault, Canguilhem) na reflexão epistemológica e da medicina enquanto prática técnica e social, do trabalho médico, da organização social da prática médica, da medicina preventiva, elucidados nas contribuições originais de Arouca(6) e Donnangelo(7).

A reunião de Cuenca (1972) patrocinada pela Opas (Organização Pan-Americana da Saúde) articulou e potencializou aqueles esforços renovadores em relação às ciências sociais e ao ensino médico. As reações ao funcionalismo e às propostas formuladas naquela reunião optaram pela adoção do materialismo histórico, cabendo às ciências sociais no campo da saúde proporcionar a reflexão crítica, penetrando a renovação do ensino médico e os cursos de pós-graduação de Medicina Social instituídos no início da década de 70 (Instituto de Medicina Social UFRJ), fundamentando ainda o desenvolvimento da pesquisa nessa área.

Como lembra Mercer, esta etapa de transição do funcionalismo para um enfoque materialista histórico substitui em algumas análises um estruturalismo por outro, uma vez que a interpretação marxista que se tentava generalizar emanava da corrente althusseriana. O autor mostrava o quanto a atividade acadêmica estava marcada com a estranha combinação de textos, enfoques e autores, de tal forma que as análises estruturalistas francesas consistiam nas fontes mais utilizadas, ao lado da teoria da dependência e das análises de Foucault e Gramsci(8). Essa diversidade teórica da produção acadêmica mostra a heterogeneidade de influências na incorporação das ciências sociais ao campo da saúde, irreduzíveis portanto a um único método.

A substituição do modelo teórico-metodológico anterior por aquele proposto pela Medicina Social, provocado pelos esforços de parcela de intelectuais da área de saúde (médicos e cientistas sociais), concentrados em algumas instituições e áreas do país, não foi empregada sem o crivo dos esforços originais interpretativos, conforme foi lembrado por Pereira(9) ao examinar alguns estudos sociológicos empreendidos na área da saúde, mediante a incorporação da corrente materialista histórica, não tendo eles também permanecido restritos a essa corrente. É assim que esse autor mostrou o quanto outros métodos (o compreensivo e o funcionalista) foram assimilados ou combinados, à medida que os problemas de investigação a serem elucidados o permitiram.

É importante assinalar que o recurso ao materialismo histórico, nas suas diferentes versões, reorientaram parcela do ensino e da produção acadêmica nas áreas de Saúde Pública/Medicina Preventiva/Medicina Social e denominações congêneres, tendo oferecido à reflexão sociológica e epidemiológica importantes suportes para repensar os determinantes do processo saúde e doença, mediante a análise da produção social, historicidade e distribuição desigual da doença na sociedade, bem como da organização social da prática médica.

A Epidemiologia transformou-se, por influência da vertente da Medicina Social, em Epidemiologia Crítica ou Social à medida que, pela incorporação do materialismo histórico, conquistou certo prestígio, animando a introdução mais abrangente do social nos estudos epidemiológicos, em oposição à sua fragmentação fatorial, tão cara aos modelos positivistas e ecológico-funcionalista vigentes. Dessa forma, aquela incorporação reorientou os estudos a respeito do processo saúde-doença, situando no seu horizonte a busca da explicação para as diferenças na produção e distribuição das doenças, dada a sua origem social.

Assim, basicamente para essa Epidemiologia as raízes da produção social da doença estariam: *a)* nos elementos constitutivos do modo de produção, ou seja, no processo produtivo e na organização do trabalho; *b)* na estrutura social em que se estabelecem as condições sociais de produção das doenças e no próprio sistema de atenção médica estruturado, não só para oferecer respostas às necessidades de saúde, como também para definir doentes e não doentes; *c)* na reprodução social das desigualdades, determinando ou condicionando o perfil de morbimortalidade.

A Epidemiologia Social abriu um campo de investigação que não pôde prescindir da contribuição das ciências sociais, embora a participação dos cientistas sociais nesses estudos, pelo menos no Brasil, tenha sido bastante exígua, sem que estejam ainda esgotadas as possibilidades de renovadas contribuições das ciências sociais à análise do processo saúde-doença.

A Epidemiologia Social, na sua interface com parcela das ciências sociais, a partir da apropriação do materialismo histórico, deixou alguns impasses. De um lado, o valor do avanço teórico-metodológico conquistado por aquela corrente foi sendo minado, não só pela ampliação do espectro da causalidade e determinação, como também pela crescente incredulidade entre os epidemiólogos, quanto às dificuldades de implementar medidas de intervenção(10), as quais transcendem, para aquela corrente, as questões meramente técnicas, indo ao encontro das práticas sociais.

De outro lado, os impasses deixados pela Epidemiologia Social tocam mais de perto as questões teórico-metodológicas implicadas nas relações interdisciplinares ou mesmo no âmbito das próprias ciências sociais, dentre eles: *a)* o de não conciliar o biológico e o social, pela via das determinações,

o que fez Laurell recorrer à imagem da caixa preta, situando as limitações do pensamento em apreender e abranger as relações e correlações do tema(11); *b)* no enfrentamento das relações entre o indivíduo, a estrutura e a sociedade; *c)* na exclusão da dimensão do sentido, da cultura, também presente nos fenômenos do adoecer, morrer e viver, especialmente quando as análises mais economicistas não lidam com essa dimensão.

Outro eixo temático considerado relevante à Medicina Social foi o estudo dos determinantes da organização social da prática médica, buscando a relação entre medicina e estrutura social e entre medicina e sociedade. Evidentemente também propunha-se na análise daquele tema o emprego do materialismo histórico. Neste sentido, foram estudados: *a)* o processo de trabalho médico, seu objeto e meios de trabalho; *b)* as articulações econômicas, políticas e ideológicas da atenção médica e sanitária na sociedade brasileira; *c)* a análise do processo político da política previdenciária; *d)* as formas de organização capitalizada da produção da assistência médica no Brasil; *e)* análises históricas das práticas ou políticas de saúde (psiquiatria, puericultura, medicina comunitária, atenção primária em saúde); *f)* organização da prática médica e instituições de saúde; *g)* indústria farmacêutica, produção e consumo de medicamentos; *h)* o caráter histórico da medicina social e da psiquiatria no Brasil.

É reconhecida a importância desses estudos a respeito das articulações da medicina na sociedade brasileira. Eles incorporaram análises a partir do Estado e da organização social das práticas de saúde no Brasil, enfatizando também aspectos específicos, concernentes à reorganização daquelas práticas, cujos resultados comportaram distintos graus de refinamentos metodológicos, conforme apontaram análises efetuadas a respeito.

No decorrer da década de 70, deve-se ainda destacar as contribuições de alguns autores, relacionados à Economia e Ciência Política e não imersos nos âmbitos institucionais da área acadêmica da saúde, na análise das políticas de saúde e previdenciária, dos gastos e formas de financiamento e das questões afeitas à intervenção estatal, ao longo do desenvolvimento do capitalismo brasileiro, especialmente a partir do pós-30. Essas análises foram absorvidas pela Medicina Social por suas afinidades teórico-metodológicas e pela elucidação dos percursos e do caráter assumido pela política de saúde no decorrer das várias etapas do desenvolvimento capitalista, de interesse ao campo da saúde. Estudos desta natureza também potencializaram a constituição de uma vertente associada à Economia da Saúde.

Ao mesmo tempo esparsas análises, empreendidas por cientistas sociais ligados ou não institucionalmente ao campo da saúde, enfocaram os saberes e práticas de cura, consolidados nos sistemas religiosos ou noutros campos não oficiais da medicina hegemônica e os processos interativos no interior das instituições de saúde e as representações e práticas de consumo médico

e alimentar mediante o recurso à Antropologia. Estes estudos vinham sendo estimulados pelo desenvolvimento da pós-graduação em Antropologia Social, envolvendo no geral estudos empíricos realizados mediante o recurso às metodologias de tipo qualitativo e com raras exceções não tendiam a incorporar o materialismo histórico e, quando o faziam, marcavam-se pelas influências gramscianas.

As contribuições antropológicas foram pouco assimiladas pela Medicina Social, a ponto de alguns autores terem descartado a sua relevância para a constituição do campo(12). Seriam elas revalorizadas a partir do final da década de 70, quando recolocavam-se os vários atores sociais no cenário político, conclamando por participação, ou, mesmo, novas questões eram suscitadas pela extensão dos serviços de saúde e das reformas dos modelos institucionais, consolidados na assistência médico-psiquiatra.

Inegavelmente, ao contrário das qualificações “teorizantes” conferidas à Medicina Social o desenvolvimento daquele campo no Brasil naquela década, resultou num saldo positivo. Nas palavras de Donnangelo, “esse saldo é representado não apenas por uma produção acadêmica quantitativa e qualitativamente satisfatória, mas também pela presença de movimentos sociais relacionados à questão da medicina e da saúde e sustentados quer por profissionais da área médica, quer por outros segmentos da população”(13).

Deve-se ainda lembrar que nesse período o impulso à política de pós-graduação (*lato sensu e stricto sensu*), nas áreas de Saúde Pública/Medicina Social/Medicina Preventiva, forneceu incentivos à pesquisa e à formação dos médicos com a presença das ciências sociais em saúde. Essas ampliaram a sua penetração noutros níveis de ensino, além da graduação médica e da formação de sanitaristas, conforme foi constatado na etapa inicial de sua disciplinarização e institucionalização no campo da saúde. Na década de 80 esse processo ampliou-se particularmente nos novos cursos de pós-graduação, extensivos a outros profissionais de saúde que não apenas os médicos, impondo, dessa forma, novas demandas ao ensino das ciências sociais.

Além disso, o desenvolvimento da política científica envolvendo as agências federais, dentre elas a Finep, favoreceu a expansão da área da Saúde Coletiva desde a segunda metade da década de 70. Os estudos realizados a respeito mostram: *a)* uma agenda afinada com as linhas temáticas da Medicina Social, pelo menos nos anos iniciais do programa; *b)* a ênfase nos estudos epidemiológicos e na atenção médica, e *c)* o reconhecimento da importância da incorporação das ciências sociais como recurso teórico-metodológico(14).

Ciências Sociais e a Saúde Coletiva: questões da década de 80

A maior precisão da Saúde Coletiva como campo de conhecimento não

foi ainda estabelecida, especialmente quando se tenta delimitar o seu objeto. Nas análises e discussões dessa natureza, travadas entre os profissionais pertencentes a esse campo, não apenas se defronta com múltiplas concepções ou, noutra extremidade, com recusas a delimitá-lo, sob argumento do alcance de sua legitimidade e visibilidade, pelos produtos do conhecimento já obtidos, em relação à formulação da política de saúde.

Quando se fala de Saúde Coletiva, seguramente depara-se com uma multiplicidade de objetos e áreas do saber, desde as ciências naturais às ciências sociais — não indiferentes à permeabilidade mais aparente das inflexões econômicas e político-ideológicas(15). Da mesma forma há muitas imprecisões, multiplicidade de formas discursivas nas diferentes tentativas de proporcionar alguma definição ao campo. Talvez sua característica básica seja a de ser ainda um campo em constituição, o que foi delimitado originalmente por Donnangelo, não por meio de definições formais e sem referência à sociedade brasileira, como um conjunto de saberes e de intervenções relacionadas com a questão saúde.

A partir da análise da produção acadêmica da Saúde Coletiva na década de 70, aquela autora não apenas identificou variações temáticas, distintos campos de saber e metodologias, como também “a amplitude possível da gama de conotações assumidas pela noção de coletivo: 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 de práticas”(16). Certamente essas variações e conotações ainda se fazem presentes na atual produção acadêmica da Saúde Coletiva, perpassando os distintos saberes e práticas que a constituem.

Inegavelmente Saúde Coletiva é uma invenção brasileira. A origem dessa denominação partiu de um grupo de profissionais, durante o processo de distensão do regime militar e do reordenamento de um conjunto de práticas relacionadas com a questão da saúde, no fim da década de 70, combinando preocupações de conferir maior organicidade à formação de pessoal no nível de pós-graduação *stricto sensu* e *lato sensu*, à produção de conhecimentos, à formulação da política de saúde e de reunir corporativamente distintos profissionais, pertencentes ao tradicional campo institucionalizado da Saúde Pública e das áreas acadêmicas de Medicina Preventiva e Social, Medicina Social e outras denominações congêneres.

A Abrasco com seu corpo de instituições afiliadas, juntamente com o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde — uma organização de caráter civil —, constituíram-se nas principais expressões institucionais desse campo, na sua origem. Isto é, sob a Saúde Coletiva procurava-se na ocasião reunir distintas correntes de pensamento e práticas: a Medicina Social, o preventivismo e as tendências racionalizadoras, nas suas vertentes representadas

pela Saúde Pública institucionalizada, tanto na sua expressão sanitarista quanto na sua versão modernizante, vinculada aos programas de extensão da cobertura e à assistência médico-previdenciária(17).

Certamente ao longo da década de 80, não apenas expandiram-se novos cursos de pós-graduação, abarcando diferentes profissionais de saúde, incluídos sob o manto da Saúde Coletiva na Abrasco, como em decorrência da dinâmica dos processos políticos mais gerais e específicos ao setor saúde reanimaram novas formas associativas dos profissionais de saúde que, além do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde e da própria Abrasco, também formulam ou reformulam saberes e práticas a respeito da Saúde Coletiva, extrapolando o âmbito exclusivo da universidade. Nesse sentido são exemplos, dentre outras formas associativas, as Associações dos Médicos Sanitaristas, os organismos como os Conselhos Nacional, Municipais e Estaduais dos Secretários de Saúde e os vários órgãos de pressão constituídos no aparelho de Estado e da sociedade civil, que suscitam análises mais apuradas dos novos realinhamentos e das concepções atualmente vigentes do campo da Saúde Coletiva.

Possivelmente a partir desses novos rearranjos corporativos afeitos ao setor saúde, deparar-se-á com a identidade modificada da Saúde Coletiva, agora mais afinada com a Saúde Pública, uma vez que essa última tende à renovação dos seus saberes e intervenções diante dos novos e velhos problemas de saúde a serem por ela enfrentados. Mas também aqueles rearranjos correspondem às novas feições assumidas pelo setor saúde, em decorrência das suas modificações organizacionais e das inflexões de natureza política e ideológica, que constantemente o permeiam, refletindo continuamente a dinâmica societária.

O ímpeto do início da década de 80 de proporcionar alguma sistematização ao campo da Saúde Coletiva foi relativamente abandonado no seu decorrer, mesmo porque a centralidade da formulação e implementação de política de saúde aí ganhou peso no processo de democratização e de reversão das políticas do governo autoritário, tanto quanto o deslocamento para a burocracia pública de parcela significativa de pesquisadores, antes concentrada na academia, não deixou de afetar o ritmo da produção acadêmica, além das oscilações no financiamento à pesquisa. Assim, ganharam maior relevância questões afeitas à gestão das políticas públicas ou de sua formulação do que as reflexões de natureza epistemológica, envolvendo o campo do conhecimento.

Na atual década várias análises foram efetuadas para delimitar o campo da Saúde Coletiva, e dentre os enfoques presentes na literatura puderam-se identificar algumas perspectivas delimitando o objeto de conhecimento da Saúde Coletiva. Uma delas é bastante conjuntural(18), outra assume a identidade da Saúde Coletiva e Medicina Social(19) e noutra a Saúde

Coletiva aparece como campo de conhecimento organicamente relacionado à prática política do movimento sanitário(20). Esses enfoques, presentes no interior do campo da Saúde Coletiva, congregam seus adeptos, cujos aspectos a serem destacados referem-se basicamente ao papel reservado às ciências sociais.

Vejamos cada uma dessas concepções.

A ênfase conjuntural no tratamento do objeto central da teoria e prática da Saúde Coletiva estava posta no documento preliminar dos princípios básicos da formação da Abrasco(18). A referência situava-se nas desigualdades do quadro sanitário brasileiro, nos obstáculos ao acesso de serviços de saúde, dada a configuração do “complexo médico industrial”, impondo-se o aprofundamento da reflexão crítica capaz de oferecer alternativas à prestação de serviços.

Conseqüentemente, a formação de recursos humanos, no nível de pós-graduação (*stricto sensu e lato sensu*), requerida pela reorganização e expansão dos cuidados básicos de saúde, assentava-se nas recomendações de um conteúdo programático equilibrado entre o técnico e o teórico-conceitual, entre o biológico e o social, entre o operativo e o crítico, como forma de evitar o tecnicismo e o biologicismo presentes na tradição do ensino da Saúde Coletiva. Da mesma forma, em relação à pesquisa, embora reconhecendo as contribuições das ciências sociais aos estudos epidemiológicos, da organização social da prática médica, relações das instituições de saúde com o Estado e com as práticas econômicas, políticas e sociais, as recomendações sugeriram o “equilíbrio” entre as diferentes abordagens e métodos de pesquisa, de tal forma que elas fossem capazes de dar conta dos aspectos operativos do sistema de saúde, tanto quanto de sua inscrição na totalidade social(15).

Sem pretender remontar às transformações discursivas expressas nos documentos oficiais da Abrasco ao longo da década de 80 até os dias atuais, observa-se, no documento básico de sua fundação, a força da conjuntura, sinalizando a percepção reatualizada e constante dos problemas sanitários e as posições técnicas e políticas ante a reorganização do setor saúde. A conjuntura compunha o entendimento básico do campo da Saúde Coletiva, respaldado pela concepção da saúde como responsabilidade do Estado e direito a ser conquistado. Tratava-se enfim, no início da década de 80, da constituição e formulação inicial de um processo de reformas e modernização do setor saúde, culminado formalmente no plano jurídico-institucional na criação do Sistema Único de Saúde na Carta Constitucional de 1988, mediante longo processo conflitivo e tenso implicado na Reforma Sanitária, confrontado com práticas já estabelecidas.

Inegavelmente, os resultados e o próprio processo da Reforma Sanitária foram extremamente relevantes e inéditos no âmbito das políticas sociais

brasileiras e as contribuições das ciências sociais, oriundas da Ciência Política e Sociologia, de fato proporcionaram importantes substratos à análise do Estado e da política de saúde brasileira. A despeito das críticas à abordagem histórico-estrutural, do viés economicista de alguns estudos, dos tipos de enfoques dados ao Estado e às instituições que estiveram presentes nas análises, o fato é que parte das ciências sociais envolveram-se na formulação das propostas modernizadoras do setor saúde.

Mas o que se quer destacar são algumas conseqüências da concepção conjuntural da Saúde Coletiva para as ciências sociais, integrantes desse campo. A questão básica não é desprezar a relevância da análise conjuntural, dos contextos, cenários e tendências, mas de aquela concepção querer proporcionar à investigação excesso de concretude aos distintos objetos selecionados para a análise, descuidando-se, por vezes, de sua construção como objetos teóricos, para que possam ser estabelecidas as relações entre os fenômenos, ultrapassando as descrições apressadas.

Parece, com as devidas ressalvas, não serem im procedentes as críticas a respeito de uma assimilação cada vez mais superficial que tem sido feita pela clientela de nossos cursos de pós-graduação, geralmente não cientistas sociais, de categorias, teorias e metodologias oriundas das ciências sociais, especialmente quando a preocupação é responder de imediato às conjunturas ou corrigi-las.

Uma vez que somente a conjuntura situa o universo da produção do conhecimento, corre-se o risco de paralisá-lo, nos momentos em que se esgotem as possibilidades estratégicas da prática política de certos grupos. O esgotamento do processo da Reforma Sanitária, que foi tão cara à prática política do movimento sanitário, à qual também se associou uma agenda da produção acadêmica das ciências sociais e saúde, mostra os impasses e as dificuldades de retomar novos horizontes, não apenas para a formulação de políticas, quanto para a redefinição de novas agendas de investigação, não circunscritas apenas à conjuntura.

Como lembrou Cohn(22), em relação a essa questão, os limites não foram das análises, mas no pensar novos horizontes, novas alternativas não só sob a égide dos grandes marcos teóricos estruturais, como também de promover novos espaços de prática. E mesmo, quando atualmente se repensa a Reforma Sanitária, mediante novas alternativas no âmbito do movimento sanitário, o que é saudável, as expectativas do resgate das ciências sociais tendem no sentido de submetê-las novamente às agendas setoriais, oriundas de novas ou antigas concepções da Saúde Coletiva/Saúde Pública e, na situação mais limite, instrumentalizá-las por meio dos saberes de intervenção.

A concepção conjuntural da Saúde Coletiva não deixa também de constituir-se uma faceta da vertente que reduz esse campo à organicidade da

produção de conhecimento e prática política do movimento sanitário, de tal forma que as conjunturas políticas adversas ou favoráveis acabam refletindo-se nas possibilidades de produção de conhecimento e na apreciação do seu grau de aplicabilidade à formulação de política de saúde.

Não se propõe que as ciências sociais, na sua relação com a Saúde Coletiva, assumam a feição descompromissada e nem mesmo deixem de refletir e explicar as múltiplas dimensões dos processos e fenômenos sociais implicados na sociedade e especificamente na saúde, doença, vida, morte, cura e nas intervenções setoriais, mas que sejam capazes de possuir uma agenda própria de questões na sua prática de pesquisa, sem abrir mão do seu arsenal teórico-metodológico, dos seus paradigmas, diante dos desafios da maior fragmentação e complexidade dos processos sociais.

A outra vertente, que não diferencia a Medicina Social da Saúde Coletiva, está presente nas sistematizações mais recentes sobre esses campos, oriundas de contribuições que defendem a especificidade da Medicina Social no interior da Saúde Coletiva, e que, em algumas situações, traduzem afinidades de natureza teórico-metodológica a preferências no plano político-ideológico bastante definidas.

Ao tecer considerações sobre o desenvolvimento da Medicina Social no Brasil, Pain(23) reconhece com Foucault a redundância dessa expressão à medida que toda a medicina é necessariamente social, desde que, permanentemente articulada com a sociedade, é capaz de ampliar o seu espaço de intervenção e normatização pelo consumo médico. Entretanto, não deixa o autor de delimitar as contribuições da corrente de Medicina Social na análise dos determinantes sociais das doenças, das práticas de saúde, da organização dos serviços, dos processos de formulação e implementação de políticas e programas de saúde, configurando-se dessa forma um campo privilegiado de pesquisa, docência e prática profissional no âmbito da Saúde Coletiva.

A trajetória da Medicina Social tem sido retomada nas suas especificidades na sociedade brasileira contemporânea, tendo como eixo central, na perspectiva de alguns autores, a incorporação das ciências sociais ao campo da saúde na constituição de uma teoria social da medicina em torno de temáticas selecionadas. Elas abarcam, para Nunes(24), o processo saúde-doença, a historicidade do saber e prática médica e a organização social da prática médica, tanto quanto a análise da Saúde Coletiva (da coletividade). Esse autor, tomando por referência a centralidade das ciências sociais (Sociologia) na institucionalização da Medicina Social — concebida essa como conjunto de práticas pedagógica, científica, política e organizativa — identifica no Brasil um período da pré-Medicina Social (anos 50 e 60), dominado pelo modelo da história natural da doença, incorporando o social ao ensino médico de forma fragmentada. Nos anos 70, o autor leva em con-

sideração o desenvolvimento da Medicina Social na pesquisa e, em parte, no ensino, mediante a incorporação do materialismo histórico. Na etapa atual demonstra os anseios da comunidade científica de buscar a identidade e sistematizar a Medicina Social. Os desafios, apresentados pelo autor à Medicina Social, pelo menos no plano teórico, refletem questões similares às enfrentadas pela Sociologia, dentre elas menos a crise dos paradigmas, e mais a necessidade de discutir os problemas relativos ao método e objeto.

Embora reconhecida a constituição da Saúde Coletiva no Brasil e no seu âmbito a possibilidade de construção de uma teoria social da medicina, tal como proposta por alguns autores à Medicina Social, não está descartada dessa perspectiva a interdisciplinaridade entre as ciências sociais e naturais, gerada a partir da confluência temática de interesse simultâneo para ambos os campos de saber. Entretanto, deve-se destacar ser este um, dentre outros posicionamentos, à medida que restritamente as ciências sociais no âmbito da Saúde Coletiva ou da Medicina Social podem ficar confinadas à contribuição de um único método, o histórico-estrutural, ou à contribuição da Ciência Política apenas(2).

Ao invés de delimitar a Medicina Social enquanto campo disciplinar circunscrito às contribuições das ciências sociais a um único método ou à busca das determinações macroanalíticas exclusivamente, Pereira(9) situa aquela disciplina em torno das práticas sociais da medicina, envolvendo os aspectos sociais e institucionais, tanto quanto os processos que mantêm a saúde ou provocam a doença. Para o autor, os objetos dessa nova disciplina não são corpos biológicos, mas corpos sociais, sujeitos sociais, grupos, classes e relações sociais referidos ao processo saúde-doença. Trata-se esse enfoque, para o autor, de criar uma nova disciplina pertinente ao campo médico (por sua natureza histórico-social) sobre um objeto, ao mesmo tempo natural e histórico, permitindo vislumbrar que os homens são sadios, enfermam e morrem não apenas por razões biológicas, mas sociais, tanto quanto admitir que a assistência médica constitui um conjunto de práticas sociais, obedecendo aos determinantes econômicos e políticos e de outras ordens, também não médicos. É assim que nessa perspectiva a Medicina Social se qualifica como disciplina de fronteira, sendo os seus objetos também de interesse da Sociologia *na* ou *da* saúde.

Se as reflexões de Pereira(25) circunscreviam-se à criação de um novo campo disciplinar — a Medicina Social e não a Saúde Coletiva —, ele também demonstrou as dificuldades de construir aquele conhecimento interdisciplinar, desde que as ciências naturais contam com paradigmas mais circunscritos de causalidade, ao contrário das ciências sociais, cujos paradigmas são múltiplos em torno dos quais há pouco consenso. Além disso, a partir de uma postura bastante flexível, do ponto de vista teórico-

metodológico, o autor mostrou o quanto os métodos sociológicos deveriam adequar-se à especificidade dos fenômenos e problemas sociais a serem explicados, reagindo aos dogmatismos de natureza político-ideológica que permeiam a escolha de determinados métodos em detrimento de outros, apontando as possibilidades de complementá-los na prática de investigação, sempre que a natureza dos fenômenos e problemas sociais a serem investigados o permitam.

Assim, no início da década de 80 o autor já questionava a aceitação incondicional de determinados ideais metodológicos impostos mais por razões ideológicas que epistemológicas, conduzindo os pesquisadores à obsessão de “pensar o todo, de todas as formas e em todas suas relações ao mesmo tempo”(26) desprovendo-se, portanto, das necessárias mediações de teorias de médio alcance, ou mesmo, de escolhas teórico-metodológicas consideradas heterodoxas.

Outras interfaces, envolvendo a integração entre campos de conhecimento no âmbito da Saúde Coletiva estão sendo recuperadas, especialmente entre a Epidemiologia e a Antropologia, mediante a tentativa de criação de novos campos disciplinares híbridos e transdisciplinares como a Etnoepidemiologia.

Nas discussões mais recentes sobre o objeto, a crise e as perspectivas da Epidemiologia, Almeida Filho(27) aponta a necessidade dessa disciplina de expandir suas estratégias de pesquisa e de rever o seu objeto, qualificando-o também como objeto das ciências sociais. A Etnoepidemiologia busca, segundo o autor, construir novos modelos explicativos do processo saúde-doença capazes de romper com o enfoque dos fatores de risco, de tal forma que se possam reduzir as probabilidades, abstrações e determinações (causais) implicadas naquele conceito. Ao contrário, busca-se a contextualização, a incerteza, a intersubjetividade do processo saúde-doença e do próprio risco, na sua concretude.

Com isso, Almeida Filho quer aproximar as pesquisas epidemiológicas dos métodos qualitativos, combinando-os com os métodos quantitativos. Procura-se também incorporar a dimensão simbólica (cultural) na construção dos novos modelos explicativos do processo saúde-doença, reforçando-se uma nova epidemiologia sociocultural capaz também de elaborar uma antropologia do fazer epidemiológico inspirada nos estudos da “antropologia do fazer científico” de Bruno Latour e de outros pesquisadores contemporâneos.

Embora essa discussão transcenda a simples integração metodológica para ir ao encontro da reflexão epistemológica, é preciso observar que mesmo naquele nível estão ocorrendo inovações que foram pouco cogitadas anteriormente, pelo menos no Brasil(28). Todavia, parecem pouco animadoras as integrações entre o trabalho de campo antropológico e a pesquisa

epidemiológica dentro de pesquisas rápidas e de baixo custo, antecedendo estudos mais exaustivos, complexos e abrangentes ou subsidiando intervenções médico-sanitárias. Mas também têm ocorrido experiências de uso combinado da abordagem antropológica com o tratamento estatístico, nos estudos de saúde reprodutiva, contribuindo ao aperfeiçoamento e à sistematização da análise antropológica(29), sem desfigurá-la ou deslocá-la para outro campo disciplinar híbrido.

É preciso lembrar que as discussões a respeito da inter e transdisciplinaridade, além de adentrarem o plano epistemológico, envolvem o da política, desde que o campo científico, como nos lembra Bourdieu(30), comporta relações de poder, conflitos, disputas associados à concentração do *quantum* de capital cultural e simbólico acumulados entre os seus distintos componentes, conferindo-lhes graus distintos de legitimidade. Se Bourdieu insiste na reprodução das relações de poder e dominação no campo científico, indissociada da capacidade técnica e de suas possibilidades, é preciso estar sensível a que as propostas da trans ou interdisciplinaridade não estão isentas daqueles conflitos, da mesma forma que outros campos da atividade social. Talvez uma Antropologia do fazer científico pudesse contribuir para elucidar outras dimensões das relações entre as ciências sociais e a Saúde Coletiva, não abordadas neste texto, referindo-se também às posições dos cientistas sociais nas hierarquias do próprio campo.

Concluindo, cabe observar que as distintas concepções e abordagens conferidas à Saúde Coletiva estão perpassadas por questões relativas ao campo do conhecimento e às inflexões de natureza política e ideológicas, refletindo seus efeitos na seleção de temáticas à pesquisa, na produção do conhecimento, na forma de incorporação das ciências sociais e nas relações com outros campos disciplinares no âmbito da Saúde Coletiva. Mesmo que não se possa negar a ampliação e a institucionalização daquele campo, no decorrer da década de 80, e no seu âmbito a maior incorporação das ciências sociais na formação dos profissionais de saúde e na pesquisa, por eles efetuada, muitas vezes essa incorporação foi superficial e restrita aos recursos metodológicos, sem acréscimos teóricos mais consistentes, resguardadas evidentemente as devidas exceções. Entretanto, novos temas apresentaram-se às ciências sociais em saúde, apoiados nas perspectivas da Antropologia e da História, cujas presenças foram mais tímidas na década de 70 e mais intensas no decorrer da década de 80, particularmente pelo interesse crescente da temática saúde nos cursos de pós-graduação das áreas acadêmicas pertencentes às ciências humanas e pela organização de novos *loci* institucionais da pesquisa naquelas áreas, através de núcleos e centros de investigação, extensivos também ao campo da Saúde Coletiva/Saúde Pública.

Nota

- ¹ Versão modificada de trabalho apresentado à Oficina de Ciências Sociais em Saúde, Abrasco, Rio de Janeiro, mar.-abr., 1995.

Referências bibliográficas

- (1) Nunes, E.D. (org.) (1985) *As ciências sociais em saúde na América Latina. Tendências e perspectivas*. Brasília: Opas.
- (2) Teixeira, S.M.F. (1985) As ciências sociais em saúde no Brasil, in Nunes, E.D. (org.) *As ciências sociais em saúde na América Latina. Tendências e perspectivas*. Brasília: Opas, p. 40.
- (3) Costa, N.R. (1992) Ciências sociais e saúde. Considerações sobre o nascimento do campo da saúde coletiva no Brasil, *Saúde em Debate* 36:58-65.
- (4) Ortiz, R. (1990) Notas sobre as ciências sociais no Brasil, *Novos Estudos CEBRAP* 27(165).
- (5) Donnangelo, M.C.F. (1983) A pesquisa na área de saúde coletiva no Brasil — a década de 70, in *Ensino de saúde pública e medicina preventiva e social no Brasil*. Rio de Janeiro: Abrasco, p. 17-35.
- (6) Arouca, A.S.S. (1975) *O dilema preventivista. Contribuições para a compreensão da crítica da medicina preventiva*. Campinas: FCM-Unicamp. Tese de doutoramento.
- (7) Donnangelo, M.C.F. & Pereira, L. (1976) *Saúde e sociedade*. São Paulo: Duas Cidades.
- (8) Mercer, H. (1985) As contribuições da sociologia à pesquisa em saúde, in Nunes, E.D. (org.) *As ciências sociais em saúde na América Latina. Tendências e perspectivas*. Brasília: Opas, p. 221-3.
- (9) Pereira, J.C. (1981) *A explicação sociológica na medicina social*. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Tese de livre-docência.
- (10) Carvalheiro, J.R. (1989) Apresentação, in Gandra, E. & Breilh, J. *Saúde na sociedade*. São Paulo: Cortez Editora-Abrasco, p. 2 (2.^a ed.).
- (11) Minayo, M.C.F. (1994) *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec-Abrasco.
- (12) Teixeira, S.M.F. op. cit.
- (13) Donnangelo, M.C.F. (1982) Apresentação, in Nunes, E.D. *Medicina social: aspectos teóricos e históricos*. São Paulo: Graal.
- (14) Ribeiro, P.T. (1991) *A instituição do campo científico da saúde coletiva*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública. Dissertação de mestrado.
- (15) Donnangelo, M.C.F. op. cit.
- (16) Donnangelo, M.C.F. op. cit.
- (17) Pain, J.S. (1992) La salud colectiva y ciencias sociales: los desafíos de la práctica, in *Opas/OMS. La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate*. Washington. Publicación Científica n.º 540, p. 153.
- (18) Abrasco. Documento preliminar de princípios básicos, in *Ensino de saúde pública, medicina preventiva e social no Brasil* 1:111-17, Rio de Janeiro.
- (19) Nunes, E.D. (1989) A medicina social no Brasil: um estudo de sua trajetória, in Campos, G.W.S. et al. *Planejamento sem normas*. São Paulo: Hucitec, p. 113-134.
- (20) Fleury, S.M. (org.) (1992) *Saúde coletiva? questionando a onipotência do social*. Rio de Janeiro: Relume Dumará.
- (21) Abrasco. op. cit.
- (22) Cohn, A. (1992) O conhecimento e a prática em saúde coletiva. O desafio permanente, *Saúde e Sociedade* 1(12):97-109.

- (23) Pain, J.S. (1986) *Saúde, crises e reformas*. Salvador: Centro Editorial e Didático, UFBA, p. 89-103.
- (24) Nunes, E.D. (1991) Trajectory de la medicina social en América Latina. Elementos para su configuración, in Franco, S. et al. *Debates em medicina social*. Opas/Alames, p. 17-115.
- (25) Pereira, J.C. op. cit.
- (26) Pereira, J.C. op. cit.
- (27) Almeida Filho, N. (1992) Por una epidemiología (esbozo de un nuevo paradigma epidemiológico), *Cuadernos Médico Sociales* 61:43-7.
- (28) Minayo, M.C.S. & Sanches, O. (1993) Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade, *Cadernos de Saúde Pública* 9(3):239-62.
- (29) Fachel, J.M.G. et al. (1995) O corpo como dado: material etnográfico e aplicação de análise fatorial de correspondência, in Leal, O.F. (org.) *Corpo e significado. Ensaio de antropologia social*. Porto Alegre: Editora da Universidade/UFRGS, p. 37-55.
- (30) Bourdieu, P. (1983) O campo científico, in *Pierre Bourdieu*. Coleção Grandes Cientistas Sociais. São Paulo: Ática, p. 122-55.