

3

Bilbao

ESPECIALIZADO EN
DESIGNAR
ESPECIALIZADO EN
PROFESIONALES EN
SALUD PUBLICA
CIENCIAS SOCIALES
BIOTECNICAS
PROGRAMAS DE
CARRERAS EN
DESENVOLVIMENTO
SALUD
ESPECIALIZADO
QUINTASOL ANALISE
DE AUTORES, REVISOR E
LETRAS ESPECIAIS A
QUEM SE DEDICAM A
ESTUDO DAS RELACOES
MEDICINA/SALUD/
SOCIEDADE



OBREIA SOCIOLOGIA DA SAUDE

EVERARDO DUARTE NUNES

MARIA CECILIA S. MINAYO

HUCITEC



MEDICAL SOCIOLOGY

[Faint, mostly illegible text from the reverse side of the page, including a preface and a table of contents. The text appears to be bleed-through from another page.]

- Watzkin, H. & Waterman, B. (1974) *The Exploitation of Illness in Capitalist Society*. Indianapolis: Bobbs-Merrill.
- Watzkin, H. (1989) A Critical Theory of Medical Discourse: Ideology, Social Control and the Processing of Social Context in Medical Encounters. *Journal of Health & Social Behavior*, 30:220-39.
- _____. (1998) Is Our Work Dangerous? Should It Be? *Journal of Health and Social Behavior*, 39:7-17.
- Warbasse J. (1909) *Medical Sociology*. Nova York: Appleton.
- Wardwell, W. (1982) The State of Medical Sociology — a Review Essay. *Sociology Quarterly*, 23:563-71.
- White, K. (1991) The Sociology of Health and Illness. *Current Sociology*, 39(2):1-123.
- Williams, S. & Bendelow, G. (1998). In Search of the "Missing Body": Pain, Suffering and the (post)Modern Condition. In: Scambler, G. & Higgs, P. (ed.) *Modernity, Medicine and Health: Medical Sociology towards 2000*. Londres: Routledge, p. 125-46.
- Zola, I. K. (1966) Culture and Symptoms: an Analysis of Patients' Presenting Complaints. *American Sociological Review*, 31:615-30.
- _____. (1972) Medicine as an Institution of Social Control. *Sociological Review*, 20:487-504.
- _____. (1973) Pathways to the Doctor: from Person to Patient. *Social Science & Medicine*, 7(9):677-89.
- _____. (1991) Bringing our bodies and Ourselves Back in: reflections on a past, present, and future of "Medical Sociology". *Journal of Health and Social Behavior*, 32:1-16.

9

AS CIÊNCIAS SOCIAIS EM SAÚDE NO BRASIL:
UM ESTUDO SOBRE SUA TRAJETÓRIA

O presente trabalho procura traçar os principais aspectos referentes às origens e desenvolvimento das Ciências Sociais em Saúde no Brasil, com especial referência à sociologia. Aborda em suas origens suas relações com as práticas pedagógicas que foram as marcas deixadas pelo projeto preventivo latino-americano, como também situa alguns antecedentes ocorridos nos anos 40 e 50. Procura situar as principais fórmulas teóricas dos anos 70 e as mais recentes preocupações dos pesquisadores brasileiros. Traça, de maneira bastante sumária, alguns paralelos com a trajetória norte-americana da sociologia aplicada à saúde, assim como situa alguns pontos da evolução da sociologia no continente latino-americano.

Em trabalhos anteriores tenho procurado caracterizar aspectos marcantes na trajetória das Ciências Sociais em Saúde no Brasil (Nunes, 1986, 1991, 1997). Ao retomar a temática, procurarei desenvolvê-la não somente acrescentando certos pontos, mas, também, contextualizando essa trajetória e salientando as fases desse projeto no Brasil.

ANTECEDENTES

Quando se compara nossa experiência à norte-americana, cujo campo das investigações e do ensino em ciências sociais em saúde, estende-se por cerca de cinquenta anos, deve-se lembrar, inicialmente, que, na América Latina, sua emergência data de trinta anos. Como tem sido salientado pelos estudiosos, a primeira observação que sobressai, quando se inicia a análise das ciências sociais em saúde, particularmente da sociologia, é a ausência de uma tradição clássica para a área, quando

comparada aos outros diversos campos temáticos das áreas substituídas das ciências sociais. Como escreve Cockerham (1988:576), "A idéia de que a sociologia médica tem um caráter aberrante quando comparada aos campos centrais da sociologia, ao contrário da justiça, religião, política, modos de produção e outros processos sociais básicos deve-se ao fato de a medicina ter sido ignorada pelos primeiros teóricos da sociologia porque ela não era uma instituição que expressasse a estrutura e a natureza da sociedade". É interessante assinalar que a denominação *sociologia médica* aparece nos Estados Unidos em fins do século XIX, em um trabalho de McIntire, de 1893 (McIntire, 1894), reaparece no começo deste século, em 1909, obviamente com características totalmente distintas das que assumiria mais tarde. Sem dúvida, o ponto de referência, tanto para a Europa como para os Estados Unidos, no desenvolvimento de uma sociologia aplicada à saúde, é o término da Segunda Guerra. Para os Estados Unidos, embora haja antecedentes importantes, somente na década de 50 é que se avança em direção a uma produção regular sobre medicina e sociedade; considere-se, por exemplo, o texto paradigmático de Parsons (1951), que data do início dessa década. Assim, quando se instala, em 1954, o primeiro curso em nível de doutorado, em Yale, pode-se afirmar que se inicia um processo de produção, que se incrementaria ao longo dos anos, no que se denominou *behavioral sciences*, sociologia na medicina, sociologia da medicina, ciências sociais aplicadas, sociologia da saúde. Em 1960, a comunidade científica da sociologia irá dar o aval à "nova" área — é aceita como seção da American Sociological Association.

Concorro com Gill & Twaddle (1977:373, 374), quando, ao retomarem as origens da sociologia médica nos Estados Unidos, não somente consideram que as suas raízes são mais distantes que a sua rápida expansão após a Segunda Guerra, como quando assinalam que "A diversidade em anos recentes no desenvolvimento da sociologia médica na Europa e América do Norte podem, entretanto, refletir as diferentes tradições históricas e intelectuais que se firmaram no velho e no novo mundo". Nesse sentido, essas tradições tornaram-se forjadoras de determinadas preocupações e visões de mundo. Não se trata, neste momento, de desenvolver os diferentes caminhos trilhados pela sociologia em alguns países europeus e nos Estados Unidos, o que tem sido feito competentemente por diversos autores, dentre eles Cockerham (1983, 1988), White (1991) e outros especialistas no assunto.

Em realidade, a emergência de um pensamento social em saúde estabelece-se estreitamente relacionado com a problemática socioeconômica, político-ideológica e das tradições cultural-intelectuais de cada época e contexto. A idéia de Menéndez (1992), de que a revisão, tanto global, como de cada disciplina, ocorre a partir de crises estruturais, mas, também, pela inviabilidade ou limitações dos paradigmas dominantes ou das tendências hegemônicas das próprias disciplinas, parece-me acerta-

da. Mesmo que não necessariamente possam coincidir ambas as crises. Dessa forma, o florescimento, crescimento e transformação de determinado campo têm raízes históricas e determinantes internos e externos. Gill & Twaddle (1977:374) ilustram essa idéia, quando apontam que "Na história social britânica aceitou-se que a epidemiologia social e os dados de investigação por meio de *surveys* eram importantes elementos no desenvolvimento de atitudes reformistas e subsequente mudança legislativa e administrativa". De outro lado, "A análise de Bloom da sociologia médica americana no período seguinte à Segunda Guerra Mundial destaca a sua especificidade no fato de que sua orientação política e um desenvolvimento relativamente recente na disciplina no continente americano" (Gill & Twaddle, 1977:344, 345). O próprio Bloom apontaria que, dos anos 50 aos 60, iria ocorrer "uma mudança de perspectiva nos trabalhos dos sociólogos na área médica, passando da microanálise para uma perspectiva macroanalítica. Na atualidade, como escreve Coe (1997), a tendência para o desenvolvimento futuro da sociologia médica irá depender, cada vez mais, de um trabalho de pesquisa interdisciplinar, especialmente com as ciências biomédicas.

Nos estudos sobre a constituição do campo das ciências sociais em saúde muitos aspectos têm sido abordados e, dentre eles, os que dizem respeito à posição profissional dos cientistas sociais. Muitas vezes esses cientistas enfrentaram dupla desvantagem, como é analisado por Cockerham (1988:580), "porque eles não eram médicos praticantes e não estavam envolvidos diretamente no cuidado do paciente" além de serem vistos como críticos das instituições médicas e do papel do médico, o que tornava extremamente problemática sua inserção nas escolas médicas. Estes não serão problemas exclusivos da realidade norte-americana ou europeia, mas irão repetir-se, mais tarde, na América Latina.

Estes aportes iniciais são importantes na medida em que, para a América Latina, tanto o projeto das ciências sociais como o da sua extensão à área da saúde apresentam características peculiares, embora não se negue a intensa influência dos Estados Unidos em alguns momentos da sua história.

Deve-se lembrar que as ciências sociais, e particularmente a sociologia, na América Latina, projetam-se entre as décadas de 30 e 50, quando ocorrem, também, os prenúncios de uma preocupação com a saúde, embora apresentem desenvolvimentos separados. Trata-se do período no qual frações da burguesia local realizam um esforço de industrialização substitutiva, de desenvolvimento capitalista independente e de modernização social. Como aponta García (1975:49), "Os estudos de diversas disciplinas das ciências sociais, principalmente economia e sociologia, tornam-se autônomos e profissionais". Ao ressaltar este momento, deve-se considerar que há fases anteriores, como cita Verón (apud Marsal, 1986:1163), a pré-moderna, a etapa da institucionalização ou científica e

a que emerge no momento da crise. Sabe-se que na história do pensamento social na América Latina houve forte influência europeia, a fase da filosofia moral, seguida, após a independência das colônias, pela abstração das idéias de diversas correntes, tais como o sant-simonismo, o historicismo e o eclétismo. No final do século XIX, o positivismo torna-se, em muitos países como Brasil e México, doutrina oficial. Há, evidentemente, algumas correntes dissidentes, desenvolvendo uma sociologia marginal. E, também, o momento no qual se institucionaliza a sociologia, com a criação de cátedras em diversos países: Colômbia, 1882; Argentina, 1897; México, 1900; Equador, 1906. No Brasil, a criação dá-se na terceira década do século XX, em 1933, a Escola Livre de Sociologia e Política, em São Paulo e, em 1934, a Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras, da Universidade de São Paulo. A crítica ao positivismo e ao racionalismo abre campo para outras correntes, a partir do segundo quarto do século XX; porém, é a partir dos anos 50 que se desenvolve a fase denominada de sociologia científica, sob intensa influência da sociologia empírica praticada nos Estados Unidos. As principais características dessa sociologia são: o caráter internacional, a profissionalidade, a distinção entre ciência e ideologia, a institucionalização, a promoção da pesquisa empírica e da metodologia como principal tarefa, a adoção da teoria da modernização. Na segunda metade dos anos 60 adre-se a fase da sociologia crítica, e aparece quando fracassam os projetos desenvolvimentistas. Para o sociólogo Pablo González Casanova, que assume, em 1966, a direção da *Revista Mexicana de Sociología* e do Instituto de Investigaciones Sociales da Universidad Nacional Autónoma de México (IISSUNAM), a marca desse período, não somente no México, mas em todo o continente, será investigar "a dinâmica da desigualdade: as condições demográficas, de alimentação e nutrição, de trabalho e emprego, de consumo e economia, de transporte, moradia, vestuário, lazer e recreação, saúde e seguridade social e o que denomina «liberdades humanas» (o voto e a participação da mulher) no país". Propunha-se "uma interpretação política e social dos fenômenos com uma crítica do Estado" (Seitchovich, 1989:29). Estudar a realidade de cada país de um enfoque marxista torna-se uma forma de pensar que se generaliza. Para alguns analistas, é no chamado período "dependencista", de 1966-1982, que o pensamento latino-americano realiza a criação original de um marco interpretativo geral a partir das relações entre o centro e a periferia, com a teoria da dependência. O tema da dependência começa a desaparecer a partir de 1982, quando se percebe que as suas teorias "foram incapazes de predir o futuro dos regimes políticos da Região e muito menos o caráter das forças políticas que contribuiram para estas mudanças" (Garza Toledo, 1989:126). Para Pablo González Casanova, "A experiência e a novidade histórica que vivemos, a forma em que vivemos a crise em cada um dos nossos países e seus continentes, os efeitos imediatos e os que podem

ocorrer em um futuro mais remoto são temas que exigiriam uma reflexão cuidadosa, de modo que se tornou necessário para as ciências sociais pensar de forma diferente e recolocar questões que caminhariam desde a própria conceptualização (por exemplo, do Estado, do movimento operário, dos camponeses, etc.), até a metodologia empregada, ou seja, desde os temas até sua perspectiva" (Seitchovich, 1989:73). O que é apontado pelo sociólogo e que tem sido comprovado na literatura a partir desse momento é o surgimento de novos elementos para as análises, como "as mediações, a ideologia, a vida cotidiana, o discurso, a negativa do economicismo e a todos os ismos — desenvolvimentismo, liberalismo, positivismo, marxismo" (Seitchovich, 1989:73).

OS PRIMÓRDIOS DAS CIÊNCIAS SOCIAIS EM SAÚDE: OS ANOS 50 E 60

Quando a análise se volta para a área da saúde, é interessante observar que a rica e produtiva exploração de problemas sociais na América Latina não incorporou, a não ser esporadicamente, esse tema. Há alguma preocupação entre os anos 30 e 40, mas somente a partir dos anos 70 tornou-se tema de pesquisa e preocupação do ensino pós-graduação. Existem alguns antecedentes que devem ser lembrados. Por exemplo, quando em 1942 se estabelecem convênios bilaterais entre o governo dos Estados Unidos e diversos países latino-americanos havia grande interesse pelos temas da saúde. Assim, a Divisão de Saúde e Saneamento, do Instituto de Assuntos Interamericanos, tinha como objetivos: a) do ponto de vista militar, melhorar as condições de saúde, sobretudo em relação às exigências das nossas forças armadas e às de nossos aliados norteamericanos; b) do ponto de vista político, cumprir as obrigações deste governo em relação aos programas de saneamento assumidas de conformidade com a resolução 30 da Conferência do Rio de Janeiro, de 15-18 de janeiro de 1942; c) do ponto de vista da produção, obter aumento da produção de materiais essenciais em zonas onde existissem más condições de saúde; do ponto de vista moral, demonstrar, por meio de fatos, e não somente de palavras, os benefícios tangíveis da democracia em não somente de palavras, os benefícios tangíveis da democracia em marcha e conseguir apoio da população civil (Garza, 1989). Outro antecedente pode ser visto no trabalho desenvolvido pelos antropólogos em suas investigações sobre os "Fatores socio-culturais em saúde", nos serviços de saúde, no final dos anos 30 e durante a década de 40. É o caso de Charles Wagley, que estava 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. Na década de 50, outro antropólogo, Kalerwo Oberg, realiza, a pedido do Serviço Especial de Saúde Pública e do Instituto de Assuntos Norteamericanos, estudos de comunidades em alguns estados brasileiros, a

fim de subsidiar o planejamento sanitário. Em outros países da América Latina, os primeiros cientistas sociais que se incorporaram à área da saúde foram os antropólogos. No caso da América Central e Panamá, estarão ligados sobretudo às questões nutricionais, no Incap (Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá). Destaque-se que os primeiros programas de antropologia médica no começo dos anos 40 estavam sob o patrocínio, além do Instituto de Assuntos Interamericanos, já citado, da Oficina Sanitária Pan-Americana, da Divisão Internacional da Fundação Rockefeller e do Serviço Cooperativo Interamericano de Saúde Pública.

Em relação à pesquisa antropológica, Sepúlveda (1966) realizou levantamento das publicações na década de 50, arrolando menos de cinquenta citações. Esse número é pouco maior na bibliografia organizada por Badgley & Schulte (1966); para o período 1950-59 encontram 74 referências na categoria Medicina Tradicional. A maioria dos trabalhos são de 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 Menéndez (1990), a antropologia médica dominante entre 1930-1960 pode ser "quase totalmente identificada com a etnomedicina, sobretudo nas décadas de 50 e 60". Para ele, essa produção foi pouco utilizada e, vinculada ao setor saúde, concentrou-se no campesinato indígena, ignorando outros setores sociais. De modo geral, como aponta por esse autor, a teoria dominante foi o funcionalismo cultural.

Esses precedentes por meio da pesquisa antropológica são importantes, mas a tentativa de incorporar as ciências sociais na saúde, de forma mais sistemática, somente irá ocorrer nos anos 60, quando se estabelece intensa crítica sobre o modelo biomédico orientador da formação médica. Essas críticas aparecem no Brasil, Equador, México, Venezuela (Nunes, 1986). É no idário do projeto preventivista latino-americano, iniciado na segunda metade dos anos 50, que se discute a reforma do ensino médico. Data desse momento a idéia de incluir, no curso de graduação em medicina, disciplinas e temas associados à epidemiologia, ciências da conduta, administração de serviços de saúde, bioestatística. Procurava-se, dessa forma, ao criticar a biologização do ensino, calcado em práticas individuais e centradas no hospital, não somente introduzir novos conhecimentos, mas fornecer uma visão mais completa do indivíduo. Trata-se da integração biosociosocial, no plano do indivíduo, e da medicina integral, numa apropriação da expressão *comprehensive medicine*, enfatizando a medicina de família "integrada" no plano da comunidade. Reverendo o primeiro levantamento bibliográfico sobre o campo então denominado de *ciência da conduta em saúde*, de Badgley & Schulte (1966), verifica-se que a preocupação com o ensino das ciências sociais com o desenvolvimento da educação na América Latina era predominante, com 41 citações, seguidas de 38 que tratam da relação cultura,

sociedade e saúde; 24 sobre estudos demográficos; 22 sobre comunidade e mudança social; quinze sobre serviços de saúde. É evidente na literatura utilizada para o ensino das ciências sociais em medicina, que foi introduzido em muitas escolas, o predomínio das teorias funcionalistas e sistêmicas advindas dos textos de Talcott Parsons, Samuel Bloom, David Mechanic, e de pesquisas norte-americanas centradas nos papéis do médico e do paciente. Uma das propostas originais do período foi a do ensino das ciências sociais baseada no modelo da história natural da doença, adaptado por Garcia (1971).

OS ANOS 70 E 80

A partir dos anos 70, começam a ocorrer importantes eventos na área das ciências sociais em saúde. De certo modo, percebeia-se clara insatisfação com os modelos de ensino e com a bibliografia que vinha sendo utilizada no ensino das ciências sociais aplicadas à saúde. As críticas estendem-se ao uso da história natural da doença e à literatura basicamente da corrente funcionalista, cujas possibilidades pareciam limitadas e limitantes, especialmente para a compreensão de uma sociedade subdesenvolvida (Gaete & Tapia, 1970). Repensar as ciências sociais em face de outras categorias epistemológicas torna-se de fundamental importância. Isso será a grande motivação de alguns seminários organizados pela Organização Pan-Americana da Saúde, em especial o realizado em Quêntica (Equador), em 1972. Parte desse seminário a proposta de um modelo alternativo que incluía: centrar-se a análise nas mudanças, incluir elementos teóricos que permitissem investigar a realidade de suas contradições internas, permitir a análise tanto de níveis específicos da realidade, como de níveis estruturais e as relações entre ambos (OPS/OMS, 1974).

Data desse momento a discussão de um modelo alternativo que deveria, em sua construção, considerar as relações entre o conceito de saúde e as ações de saúde e os modos de produção e as formações socioeconômicas; elaborar investigações históricas sobre as práticas de saúde e sobre o ensino médico; definir, do ponto de vista epistemológico, as relações entre as ciências biológicas e sociais. Data, portanto, dos anos 70, a ênfase na abordagem teórica procedente do materialismo histórico, que tem sido tomado como marca distintiva das ciências sociais em saúde na América Latina. Para Mercer (1986:226), a partir da segunda metade dos anos 70 até 1980, as ciências sociais em saúde passam pelo que ele caracteriza como período de "identidade e legitimação". Trata-se de período de intensa inquietação teórica, não se esquecendo que, ao lado da corrente marxista, há a corrente estruturalista, por intermédio de Michel Foucault e Claude Lévi-Strauss, e muitas discussões voltam-se para o campo da psiquiatria, nos textos de Robert Castel, Robert Laigne, David Cooper, Franco Basaglia. Sem dúvida, as ocorrências desse período não podem

ser dissociadas da criação dos cursos de pós-graduação em Medicina Social, cujos objetivos tinham "um duplo alvo: a formação teórica e a crítica política" (Bezerra & Sayd, 1993), oferecendo conteúdos de ensino que irão enfatizar as ciências sociais e que irão redundar na produção de importantes dissertações de mestrado e teses de doutorado. Do ponto de vista político, assumiu-se que a grande meta era garantir, por meio da intervenção do Estado, a saúde como um direito inalienável para todos os cidadãos. A extensão dos serviços e a racionalização dos recursos são definidos como fundamentais, embora num contexto financeiro bastante crítico.

Em relação à produção científica propriamente dita, não se pode deixar de fazer menção, mesmo de forma sumária, a alguns trabalhos brasileiros que marcaram o período. Parte dessa produção irá tratar das relações medicina e sociedade, medicina estatal, análises históricas e programas de saúde. Lembre-se que, para a América Latina, a produção científica na área de Serviços de Saúde, para o período de 1970-1979, representa 35,7% do total da produção. Dentre os trabalhos, citem-se, por exemplo, Donnanngelo (1975), com o estudo sobre o mercado de trabalho médico e sua articulação com a prática social; e, posteriormente, a mesma autora (Donnanngelo & Pereira, 1976), realiza uma análise na qual procura estabelecer as articulações da medicina com a estrutura social nos planos político, ideológico e econômico, em que o econômico é o determinante e o político o mediador; Arouca (1975), com elaboração crítica da medicina preventiva, recorrendo à metodologia foucaultiana de análise do discurso e à proposta teórica althusseriana, reconstrói a história arqueológica desse campo do conhecimento, mas levanta algumas questões que se tornariam fundamentais em pesquisas posteriores, como é o caso de entender o cuidado médico como um processo de trabalho; Nogueira (1977) e Gonçalves (1979), com estudos sobre a prática médica, articulando-a às características das sociedades, como, também, às demais práticas sociais, no modo de produção capitalista. Acrescente-se, ainda, a pesquisa realizada por Machado e colaboradores (1978), sobre as origens da medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil, numa perspectiva da análise do discurso.

Torna-se da maior importância assinalar que, no final dos anos 70, irá confirmar-se a crise que se estabeleceu na metade desse período, quando se acentua a tendência recessiva da economia dos países latino-americanos, com o agravamento do processo inflacionário, o aumento da dívida externa, do desemprego, do déficit fiscal refletindo de forma negativa nos níveis de saúde e impondo uma revisão das posições diante da saúde. No campo da saúde é quando, em âmbito internacional, instala-se o discurso da Atenção Primária; no nacional, vai se consolidando uma tomada de posição diante do problema sanitário e a aglutinação dos diversos segmentos que tratavam da medicina preventiva, medicina social, saúde

pública. Já foi citada a criação dos cursos de pós-graduação, mas, nesse momento, duas organizações se formam e serão fundamentais na organização dos movimentos acadêmicos e políticos na saúde: a Abrasco (Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva), criada em 1979, e o Cebes (Centro Brasileiro de Estudos da Saúde), que data de 1976. Para a Abrasco (1982), a formação pós-graduada deveria ser orientada por um processo gerado da análise crítica do setor saúde na realidade social em que se insere, seja potencialmente capaz de influir no campo da docência, pesquisa e prestação de serviços". Sem dúvida, ao lado dos fatores estruturais e políticos que foram importantes para se repensar as questões da saúde, há os financeiros, que influram positivamente para o desenvolvimento da pesquisa. Nesse caso, cite-se papel da Finep (Financiadora de Estudos de Pesquisas), permitindo "uma infra-estrutura científica e tecnológica para a pesquisa em saúde não subsumida ao campo biomédico" (Costa, 1990:179). Em resumo: nos anos 70, ocorre uma convergência que possibilita que as ciências sociais tomem a saúde como tema, marcada pela preocupação teórica, pela institucionalização da formação por meio da pós-graduação e pelo financiamento à pesquisa.

Como é analisado por estudiosos do período, "inicia-se uma linha de pesquisas que vão progressivamente buscando evidências com maior ou menor refinamento metodológico as articulações econômicas e político-ideológicas da prática sanitária na sociedade brasileira". São expressivos desse período os trabalhos de Braga (1978), que, ao estabelecer a relação entre as políticas de saúde e a econômica, enfatiza o nível macroeconômico de produção e reprodução do capital, e Lutz (1978), que centraliza na mediação institucional a análise das políticas de saúde. Também no período de 80 aparecem trabalhos importantes, especialmente abordando questões políticas. Assim, é do início dos anos 80 o 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 (1980), como, também o estudo de Giffoni (1981), sobre a previdência social; estudo sobre as políticas de tuberculose no Estado de São Paulo (Amando, 1985); citem-se, ainda, outros estudos, como os que abordam as políticas de saúde no Brasil, de 1889-1930 (Costa, 1985); origem das práticas sanitárias no estado de São Paulo (Meury, 1985); Oliveira & Teixeira (1986) retomam a questão da previdência, destacando o papel dos "atores e interesses sociais" na correlação de forças que estruturam o sistema previdenciário. Os pesquisadores sentiram também a necessidade de aprofundar o conhecimento do próprio movimento sanitário, e, entre os trabalhos, podem ser citados Labra (1985) e Escorrel (1987), e, sobre os movimentos dos profissionais médicos, Campos (1988). Acrescente-se, ainda, que os anos 80 trarão novas perspectivas nos estudos sobre o mercado de trabalho e profissões de saúde, assim como sobre os insumos para serviços de saúde. No último caso, o grande

entouque é sobre a análise do medicamento como mercadoria (Giovanni, 1980) ou relacionando o consumo às classes sociais (Barros, 1983), ou ainda sobre a indústria farmacêutica (Cordeiro, 1980).

Embora grande parte da produção epidemiológica ainda se refira a fatores e não a processos, percebe-se, que, gradativamente, como lembra-va Domangelo (1983), "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 exemplo podem ser citadas as pesquisas sobre a doença de Chagas, relacionando-a à estrutura agrária (Caldas, 1980); ao processo migratório (Litvov, 1980); ao trabalho urbano (Goldbaum, 1979) e ao espaço social (Silva, 1981). Trabalhos como o de Barata (1978), sobre a meningite, e o de Ruffino & Pereira (1981), sobre a tuberculose no Rio de Janeiro, ilustram como a doença pode ser mais bem compreendida quando tomada em suas dimensões políticas e históricas. Há poucos trabalhos que se tenham voltado para uma análise sociológica da educação na área da saúde. A preocupação, quando se revisa a literatura de 1966-1982 (Vogueira, 1983), é com o currículo e a organização do ensino universitário. Dois estudos sobre a educação médica são relevantes: o realizado por Schraiber (1989) e o de Lima (1983) e, sobre a profissão da enfermagem, os estudos de Silva (1986), Almeida & Rocha (1986). Melo (1986), privilegiando uma abordagem na perspectiva do materialismo histórico, diferente da adotada por Ferreira-Santos (1973), cujo estudo tornou-se um clássico do enfoque funcionalista mertoniano.

Também no campo da antropologia, verifica-se que nos anos 70 e 80 alguns estudos adotam abordagem teórica de caráter histórico-estrutural (Canesqui, 1988), como também estudos que buscam conhecer melhor as representações sobre saúde e doença, analisando, por exemplo, a lógica do discurso popular sobre a doença (Monteiro, 1986; Queiroz, 1982). Estudos desse período procuram também compreender melhor os chamados "agentes de curas populares" (Oliveira, 1983), assim como pesquisas sobre representações dos serviços de saúde e das práticas populares (Loyola, 1983); incluem-se, ainda, estudos sobre representações da doença mental (Duarte, 1986).

Uma revisão, mesmo geral, desse período não pode deixar de mencionar a importância que passa a ser conferida à própria questão da metodologia, especialmente a qualitativa e suas aplicações à área da saúde (Minayo, 1989). A preocupação com o tema da metodologia e da teoria em ciências sociais em saúde já havia sido objeto de um estudo no início dos anos 80, quando Pereira (1983), de forma pioneira, realizou circunstanciada análise de como os métodos funcionalista, compreensivo e dialético haviam sido introduzidos em investigações sobre a organização social das práticas de saúde. Posteriormente, Luz (1988) irá dedicar-se a analisar o desenvolvimento sócio-histórico da racionalidade científica

moderna, por meio de algumas categorias estratégicas comuns à medicina e à sociologia.

Deve-se mencionar que a produção científica do final dos anos 70 até metade dos anos 80 é realizada numa conjuntura política que historicamente é identificada com o processo de abertura política e início da transição democrática, pois os anos de autoritarismo estavam encerrados. Como analisa Burlandy (1993:51), "Neste contexto são retomadas problemáticas antes excluídas do debate público, como as questões sobre a qualidade de vida que voltam a ser politizadas e a própria temática das políticas de saúde". O movimento sanitário, da segunda metade dos 80 até os primeiros anos da década seguinte, não somente se amplia, mas incorpora a bandeira dos direitos de cidadania e de um sistema único de saúde a cargo do Estado. A luta pela Reforma Sanitária será o grande fato do período e a inclusão na Constituição de 1988 da saúde como um direito de todos e dever do Estado será a vitória conquistada. Segundo alguns analistas, a relação entre prática política e produção científica será altamente favorecida pela instalação de uma ordem política mais democrática, que "permite o confronto entre matrizes de pensamentos distintos no interior desta produção" (Burlandy, 1993:192).

PERSPECTIVAS TEÓRICAS RECENTES

Mais do que listar a longa produção dos anos recentes e que demonstra todo o vigor da área, também com a publicação de duas revistas, *Saúde e Sociedade* e *Ciência e Saúde Coletiva*, que, não sendo exclusivas para o campo das ciências sociais, concedem destacado espaço a esse campo, torna-se importante ressaltar como alguns cientistas sociais vêm algumas questões teóricas.

Como foi mostrado, a preocupação teórico-metodológica nunca foi estranha aos investigadores nos anos 70. Ela estará presente tanto na busca do entendimento do processo saúde-doença, como no estudo da organização social das práticas de saúde e, como vimos, num contexto que favorecia o debate. Essa preocupação avança pelas décadas seguintes, trazendo importantes abordagens para o campo das ciências sociais em saúde. A partir dos anos 80, a diversidade de referências teóricas é evidente. Há trabalhos utilizando conceitos de *campo* e *habitus* na vertente desenvolvida por Pierre Bourdieu; análises que trabalham com a perspectiva da ação comunicativa de Jürgen Habermas; a análise do discurso de Michel Foucault é aplicada em recentes estudos; Clifford Geertz será referência para as pesquisas sobre aspectos simbólico-culturais das práticas médicas.

A fim de limitar a exposição, os estudos não serão detalhados, mas farei referência a três abordagens que me parecem marcar o momento mais atual do encaminhamento da produção em ciências sociais no campo da saúde.

A primeira relaciona-se às políticas de saúde, campo que apresentou notável desenvolvimento. Ao repensar as investigações nesse campo, muitos especialistas têm se preocupado com a crise dos modelos clássicos. Cito, para exemplificar, a análise feita por Bodstein (1992), quando critica o predomínio que teve o marxismo estrutural-funcional no estudo da questão do Estado e das Políticas de Saúde. Para a autora, essas análises foram extremamente restritivas, por seu alto grau de generalidade e abstração. Aponta que um dos principais problemas a enfrentar localiza-se em articular a dimensão macro e microsocial, associada ao resgate do significado dos atores coletivos e de novas identidades que se criam no transcorrer dos processos. Para a autora, as próprias ciências sociais, desde meados da década de 70, teriam estado caminhando em direção a um "questionamento sobre o sujeito, o sentido que atribui a sua ação, seus diversos papéis, o conjunto de categorias com as quais constrói representações e expectativas sociopolíticas" (Bodstein, 1997). A ênfase dada pela autora é que "o que se coloca como central na dimensão sociológica hoje segue, em muito, a tradição weberiana de resgatar a explicação dos processos sociais por uma dupla via: a partir do aspecto exterior, mas além da intenção dos agentes sociais, sem com isto abandonar a dimensão da participação humana na formação e transformação das relações e instituições sociais" (Bodstein, 1992). Crítica os trabalhos que privilegiam o caráter funcional das políticas sociais em saúde, quer seja pela acumulação do capital, quer seja para garantir a legitimidade do sistema, estabelecendo uma clara sujeição do político ao econômico. Aponta, também, que, ao reduzir a análise aos níveis estruturais, acaba-se condicionando as mudanças e as inovações políticas às transformações meta-históricas e, ao reduzir o impasse a uma relação entre Estado e Classes Populares, deixa de lado um complexo acordo de interesses e formas organizacionais assumidas pelos setores políticos. Reinterpretar as políticas de saúde é recuperá-las no plano das relações entre sujeitos sociais.

Como no exemplo citado, também a abordagem do conceito saúde-doença é revistada por estudiosos, que apontam, como Chammmé (1993), a necessidade de que as investigações analisem "a apropriação do conceito de saúde pelos sujeitos sociais enfermos". Para Minayo (1989), o campo das representações sociais sobre saúde/doença pode ser pesquisado com três orientações: a) saúde/doença como expressão social e individual, b) saúde/doença como expressão de contradições sociais, c) saúde como campo de luta política. Para a autora, "saúde/doença enquanto fenômeno social tem seu esquema interno de explicações que parte de um marco referencial de especialistas (doutores, curandeiros, rezadores, mágicos), mas também compõe o quadro da experiência do dia-a-dia que se expressa através do senso-comum" (Minayo, 1989:193, 194). Além dessa abordagem, o campo de estudos socioantropológicos da doença tem sido

altamente enriquecido em anos recentes, até mesmo privilegiando o modelo de análise dos sistemas de signos, significados e ações (Uchoa, 1997:94).

Um terceiro exemplo que ilustra a preocupação recente dos pesquisadores refere-se à crítica sobre a adoção de teorias de cunho totalizante. Para Ferreira (1993), ante uma "crise de explicação", os pesquisadores passaram a adotar referências teóricas que enfatizam a constituição das identidades, valorizam a subjetividade, o imaginário e os fenômenos da cultura, em si mesmos, ou como instâncias mediadoras entre as estruturas/sistemas e a ação social. Ressalta, ainda, como o recurso à análise das práticas discursivas trouxe contribuições importantes aos estudos histórico-sociais em saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As idéias desenvolvidas neste trabalho evidenciam como o campo das ciências sociais em saúde na América Latina e no Brasil reflete não somente as tradições intelectuais, mas está relacionada às diversas reivindicações pelas quais passaram as práticas médicas e de saúde. Sem dúvida, a forte impregnação política, por reforma ou revolução, como escreveu Stavenhagen (1966:20, 21), esteve presente na constituição de uma ciência social latino-americana e repercutiu no campo da saúde. De outro lado, se as suas origens iniciais estão no campo da antropologia, hoje revitalizado, foi por meio da sociologia, da ciência política e da economia política que se introduziu uma das mais ricas vertentes na produção científica latino-americana e lhe imprimiu particular originalidade. Primeiramente, porque não se procurou formar, no momento de sua emergência, áreas específicas, mas um diálogo com as diversas disciplinas que compõem o campo das ciências sociais, que hoje se amplia para o das ciências humanas, com a presença da psicanálise e da história. Talvez isso tenha garantido muito mais uma diversidade temática do que disciplinar. De outro lado, no caso brasileiro, a incorporação das ciências sociais, na quase totalidade, deu-se pela área da saúde: Faculdades de Medicina e dos cursos de Saúde Pública e não das Faculdades de Filosofia e Ciências Sociais. Hardy (1992:17) relata que, em pesquisa realizada nos cursos de ciências sociais de 28 universidades, verificou-se que somente seis ofereciam cursos relacionados com a saúde e dez com a demografia. Nem mesmo as grandes universidades, como a de São Paulo e a de Campinas, ofereciam cursos na área da saúde. Outra informação que caracteriza a peculiaridade brasileira refere-se à inserção dos cientistas sociais em atividades profissionais. Dentre os 158 profissionais presentes no *Catálogo Brasileiro de Cientistas Sociais em Saúde* (1994), 84,8% encontravam-se em universidades ou outras instituições de ensino superior, todos na área da saúde; somente 7,0% encontravam-se em

outras instituições e 5,7% em secretarias de Saúde ou no Ministério da Saúde. Outra informação interessante é que 54,5% cursaram Ciências Sociais, Sociologia, Antropologia e Ciências Políticas; 8,0%, História e 6,8%, Psicologia; 4,4%, áreas da saúde (Medicina e Enfermagem); e 10,0%, áreas diversas.

A investigação sobre as áreas de interesse mostrou que, entre 196 respostas, os cientistas sociais brasileiros trabalhando na área da saúde apontaram 19,9% estavam voltados para as pesquisas em políticas de saúde/organização dos serviços de saúde; 14,3%, para políticas públicas/sociais; 5,6% dedicavam-se ao estudo de movimentos sociais/cidadania; 5,1% realizavam pesquisas em história do processo saúde/doença e da medicina e sobre recursos humanos, 5,1% dos pesquisadores, em cada um dos campos; 4,1%, sobre gênero, sobre antropologia médica e da saúde, metodologia da pesquisa social, práticas alternativas de curas, saúde e trabalho a porcentagem de cientistas era de 3,6%, para cada uma das áreas; nas áreas educação em saúde, sociologia das profissões, violência, havia, para cada uma delas, 3,1%; ensino médico, processo saúde-doença, sociologia do conhecimento/epistemologia, apresentavam 2,0%, para cada um dos campos; 1,5% em demografia/políticas populacionais, e a mesma porcentagem para a saúde mental; 1,0 em comunicação social, epidemiologia, saúde urbana, para cada área e 4,6% em outras áreas.

Torna-se evidente que, em sua trajetória, as ciências sociais foram se firmando e conquistando espaços. Há, evidentemente, muitos problemas e desafios a serem enfrentados, porém pode-se afirmar que sua institucionalização foi conseguida. Isso pode ser comprovado quando se verifica que, nos cursos de Saúde Pública/Saúde Coletiva, 44,1% dos conteúdos ensinados para o mestrado incluem-se na área de conhecimentos das Ciências Humanas e, no doutorado, a porcentagem é de 44,9% (Nunes & Costa, 1997).

Neste trabalho de revisão geral torna-se impossível listar a produção que vem sendo elaborada nos últimos anos. Praticamente, pode-se dizer que todas as áreas têm trazido importantes contribuições para o campo da saúde na vertente das ciências sociais. Muitos desdobramentos iriam ocorrer em datas mais recentes. O próprio envolvimento mais direto dos profissionais da saúde com as questões políticas e a sua discussão no momento da Reforma Sanitária, fundamentando a discussão e posteriormente avaliando-a criticamente, servindo-se de instrumental teórico e abordagem política da saúde, servindo-se de instrumento de uma conceitual das ciências políticas. Reativa-se, também, a investigação histórica, tanto das doenças, como da organização sanitária. No campo do planejamento em saúde ocorre uma avaliação das suas bases teóricas. Reacende-se a discussão da saúde do trabalhador com os novos problemas trazidos pela globalização da economia e pelo avanço tecnológico.

Acrescente-se, ainda, os estudos sobre as práticas não biomédicas e sobre as questões da biotética.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abraço (1982) Documento preliminar de princípios básicos. In: *Ensino da Saúde Pública, medicina preventiva e social no Brasil*. Rio de Janeiro: Abraço, p. 100-17.
- Almeida, M. C. P. de & Rochoa, J. S. Y. (1986). *O saber da enfermagem e sua dimensão prática*. São Paulo: Cortez.
- Amado, A. (1985) *Políticas de tuberculose na formação industrial de São Paulo*. Dissertação de mestrado. São Paulo: Faculdade de Medicina/USP.
- Arouca, A. S. da S. (1975) *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva*. Tese de doutorado. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas.
- Bauley, R. F. & Schurter, M. (1966) *Las ciencias de la conducta y la medicina en la América Latina*. In: Bauley, F. R. (ed.) *Ciencias de la conducta y enseñanza médica en América Latina*. Nova York: Fundación Milbank, 44(2):3-54.
- Barata, R. de C. B. (1978) *Meningite: uma doença sob censura?* São Paulo: Cortez.
- Barros, M. B. de A. (1983) *Saúde e classe social: um estudo sobre morbidade e consumo de medicamentos*. Tese de doutorado. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina/USP.
- Bezerra Jr., B. & Sayd, J. D. (1993). Um mestrado para um momento preciso. *Estudos em Saúde Coletiva*, 47.
- Bodstein, R. C. A. (1992) Ciências Sociais e Saúde Coletiva: novas questões, novas abordagens. *Cadernos de Saúde Pública*, 8(2):140-9.
- _____. (1997) Políticas de serviços de saúde na perspectiva sociológica (notas metodológicas). In: Canesqui, A. M. (org.) *Ciências sociais e saúde*. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abraço, p. 219-26.
- Braga, J. C. (1978) *A questão da saúde no Brasil*. Dissertação de mestrado. Campinas: Instituto de Filosofia e Ciências Humanas/Unicamp.
- Burlandy, L. (1993) *Saúde Coletiva: uma trajetória em questão. Reflexão sobre a produção científica no campo das políticas de saúde (1979-1991)*. Dissertação de mestrado. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Caldas, Jr., L. (1980) *Epidemiologia e controle da doença de Chagas: relação com a estrutura agrária na Região de Sorocaba*. Dissertação de mestrado. São Paulo: Faculdade de Medicina/USP.
- Campes, G. W. de S. (1988) *Os médicos e a política de saúde*. São Paulo: Hucitec.
- Canesqui, A. M. (1988) Antropologia e alimentação. *Revista de Saúde Pública*, 22(3):207-16.
- Catálogo Brasileiro de Cientistas Sociais em Saúde* (1994) I Encontro Brasileiro de Ciências Sociais em Saúde (mimeo).
- Chanamé, S. J. (1993) *Os problemas de saúde e as contribuições das Ciências Sociais*. I Encontro Brasileiro de Ciências Sociais em Saúde, Belo Horizonte, MG, 29/9-1/10/1993 (mimeo).
- Cocherham, W. C. (1983) *The State of Medical Sociology in the United States, Great Britain, West Germany and Austria: Applied vs Pure Theory*. *Social Science & Medicine*, 17(20):1513-27.
- _____. (1988) *Medical Sociology*. In: Smelser, N. J. (ed.) *Handbook of Sociology*. Londres: Sage Publications, p. 575-99.
- Coe, R. M. (1997) *The Magic of Science and the Science of Magic: an Essay on the Process of Healing*. *Journal of Health and Social Behavior*, 38:1-8.
- Cohn, A. (1980) *A previdência social e o processo político no Brasil*. São Paulo: Editora Moderna.
- Cordêiro, H. de A. (1980) *A indústria da saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal-Cebes.

- Costa, N. R. (1992) Política e projeto acadêmico: notas sobre a gênese do campo da Saúde Coletiva. *Cadernos de História e Saúde*, 2:125-36.
- (1985) *Lutas urbanas e controle sanitário: origens das políticas de saúde no Brasil*. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes/ABRASCO.
- Domínguez, M. C. F. (1975) *Medicina e sociedade*. São Paulo: Pioneira.
- Domínguez, M. C. F. & Pereira, L. (1976) *Saúde e sociedade*. São Paulo: Duas Cidades.
- (1983) *A pesquisa na área da Saúde Coletiva no Brasil: década de 70*. In: Abrasco. *Encontro da saúde pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil*, 2, Rio de Janeiro, p. 19-35.
- Duarte, L. F. D. (1986) *Da vida nervosa (nas classes trabalhadoras urbanas)*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor-CNDP.
- Bacorel, S. (1987) *A reinavolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Dissertação de mestrado. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz.
- Ferreira, M. A. F. (1993) *Notas sobre a contribuição dos cientistas sociais ao campo da saúde*. I Encontro Brasileiro de Ciências Sociais em Saúde, Belo Horizonte, MG, 29/9-1/10/1993 (mimeo).
- Ferreira-Santos, C. A. (1973) *A enfermagem como profissão*. São Paulo: Pioneira/Edusp.
- Gaete, J. & Tapia, I. (1970) Ciências Sociais: uma discussão acerca de seu enfoque em medicina. *Cadernos Médico-Sociais*, 9(2):32-7.
- García, J. C. (1971) Paradigmas para la enseñanza de las Ciencias Sociales en las escuelas de medicina. *Educación Médica y Salud*, 6(2).
- (1989) A articulação da medicina e da educação na estrutura social. In: Nunes, E. D. (org.) *Juan César García: o pensamento social em saúde na América Latina*. São Paulo: Global, p. 189-92.
- García, P. (1976) Las Ciencias Sociales en América Latina: alcances políticos y ciencia política. *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, 82:49-55.
- García Toledo, E. de (1989) La historia de la epistemología, la metodología y las técnicas de investigación en la sociología mexicana. *Revista Mexicana de Sociología*, 1(89):103-83.
- Giffoni, M. R. (1991) *Assistência médica e relações de trabalho na empresa: o modelo de conteúdo com a previdência social*. Dissertação de mestrado. São Paulo: Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas/USP.
- Gill, D. G. & Twaddle, A. C. (1977) *Medical Sociology: What's in a Name? International Social Science Journal*, 24(3):370-85.
- Giovanni, G. (1980) *A questão dos remédios no Brasil (produção e consumo)*. São Paulo: Polis.
- Goldbaum, M. (1979) *Doença de Chagas e trabalho em área urbana*. Dissertação de mestrado. São Paulo: Faculdade de Medicina/USP.
- Gonçalves, R. B. M. (1979) *Medicina e história: raízes sociais do trabalho médico*. Dissertação de mestrado. São Paulo: Faculdade de Medicina/USP.
- Hardy, E. (1992) Ciências Sociais e Medicina: uma experiência pessoal. In: Stepek, F. L.; Florenzano, R.; Gyarmati, G. & Trejo, C. (ed.) *Ciências Sociais y Medicina: perspectivas latinoamericanas*. Santiago do Chile: Editorial Universitaria, p. 15-20.
- Labra, M. E. (1985) *O movimento sanitário de Chile: Editorial Universitaria*, p. 15-20.
- *cional & especialização em Saúde Pública no Brasil*. Dissertação de mestrado. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas/Escola Brasileira de Administração Pública.
- Lima, J. C. de S. (1983) *Educação e prática médica: os movimentos de educação médica na América Latina*. Dissertação de mestrado. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social/ UERJ.
- Litov, J. (1980) *Doença de Chagas e processo migratório no estado de São Paulo*. Dissertação de mestrado. São Paulo: Faculdade de Medicina/USP.
- Loyola, M. A. (1983) *Métodos e currículos. Conflito social e saúde*. Rio de Janeiro: Diel.
- Luz, M. T. (1978) *As instituições de saúde no Brasil: Instituição e estrutura de hegemonia*. Rio de Janeiro: Graal.
- (1988) *Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna*. Rio de Janeiro: Campus.
- Machado, R., Loureiro, A., Luz, R. & Murry, K. (1978) *Danção da norma: a Medicina Social e a constituição da Psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal.
- Marsal, J. F. (1986) *Sociologia latino-americana. Dicionário de Ciências Sociais*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1986, p. 1161-4.
- McIntyre, Ch. (1984) *The Importance of the Study of Medical Sociology. Bulletin of American Academy of Medicine*, 1(1b):425-34.
- Méry, E. E. (1988) *O capitalismo e a Saúde Pública*. Campinas: Papirus.
- Melo, C. M. M. de (1986) *Divisão social do trabalho e enfermagem*. São Paulo: Cortez.
- Menéndez, E. L. (1990) *Antropologia médica em América Latina: uma história que renova*. In: Menéndez, E. L. *Antropologia Médica: orientações, desigualdades y transacciones*. México: Ciesas, p. 5-24.
- (1992) *Salud Pública: sector estatal, ciencia aplicada o ideología del posible*. In: OPS. *La crisis de la Salud Pública: reflexiones para el debate*. Washington, DC, p. 103-22.
- Mercer, H. (1986) *Las contribuciones de la Sociología a la investigación en salud*. In: Nunes, E. D. (org.) *Ciencias Sociales y salud en América Latina: tendencias y perspectivas*. Washington: OPS. Montevideo: Ciesu, p. 231-42.
- Minao, M. C. de S. (1989) *O desafio do conhecimento: metodologia de pesquisa social (qualitativa) em saúde*. Tese de doutorado. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz.
- Montero, P. (1985) *Da doença à desordem: a magia na umbanda*. Rio de Janeiro: Graal.
- Monteiro, P. (1977) *Medicina Interna e Cirurgia: a formação social da prática médica*. Nogueira, R. P. (1977) *Medicina Interna e Cirurgia: a formação social da prática médica*. Dissertação de mestrado. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social/UERJ.
- Nunes, E. D. (1986) *Tendências e perspectivas de las investigaciones en Ciencias Sociales en la América Latina: una visión general*. In: Nunes, E. D. (org.) *Ciencias Sociales y salud en América Latina: tendencias y perspectivas*. Washington: OPS. Montevideo: Ciesu, p. 33-83.
- (1991) *As Ciências Sociais em Saúde: reflexões sobre as origens e a construção de um campo do conhecimento. Saúde e Sociedade*, 1(1):59-84.
- (1997) *Las Ciencias Sociales en salud en América Latina: una historia singular. Espacio Abierto — Cuaderno Venezolano de Sociología*, 6(2):215-36.
- Nunes, E. D. & Costa, P. S. da (1997) *Os cursos de Saúde Coletiva do Brasil — mestrado e doutorado: um estudo sobre as disciplinas básicas. Ciência e Saúde Coletiva*, 2(1):72-90.
- Oliveira, E. R. (1983) *De doença, cura e benzedeira: um estudo sobre o ofício da benzedeira em Campinas*. Dissertação de mestrado. Campinas: Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas/Unicamp.
- Oliveira, J. A. & Teixeira, S. F. (1986) *A (in)previdência social: 60 anos de previdência social no Brasil*. Rio de Janeiro: Vozes-Abrasco.
- OPS/OMS (1974) *Aspectos teóricos de las Ciencias Sociales aplicadas a la Medicina. Educación Médica y Salud*, 8(4):354-59.
- Parsons, T. (1951) *The Social System*. Nova York: Free Press.
- Pereira, J. C. de M. (1983) *A explicação sociológica na Medicina Social*. Tese de livre docência. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina/USP.
- Queiroz, M. de S. (1982) *The Social Construction of Health and Illness in Iguape, Brazil*. Tese de doutorado. Manchester: University of Manchester.
- Ruffino Netto, A. & Pereira, J. C. de M. (1981) *Mortalidade por tuberculose e condições de vida: o caso do Rio de Janeiro. Saúde em Debate*, 22:24-34.
- Schraiber, L. B. (1989) *Educação médica e capitalismo*. São Paulo: Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco.
- Seidlovich, A. (1989) *Los caminos de la Sociología en el laboratorio de la Revista Mexicana de Sociología. Revista Mexicana de Sociología*, 1989:5-101.

170 AS CIÊNCIAS SOCIAIS EM SAÚDE NO BRASIL

- Sepúlveda, O. (1966) La investigación en Ciencias de la Conducta y Medicina en Latinoamérica. In: Badgley, R. F. (ed.) *Ciencias de la Conducta y enseñanza médica en América Latina*. Nova York: Fundación Milbank Memorial, 44(2):55-74.
- Silva, G. B. (1966) *Enfermagem profissional: análise crítica*. São Paulo: Cortez.
- Silva, L. J. (1981) *A evolução da doença de Chagas no estado de São Paulo*. Tese de doutorado. Ribeiro Preto: Faculdade de Medicina/USP.
- Stavenhagen, R. (1966) Las Ciencias de la Conducta en la América Latina. In: Badgley, R. F. (ed.) *Ciencias de la Conducta y enseñanza médica en América Latina*. Nova York: Fundación Milbank Memorial, 44(2):19-29.
- Uchoa, E. (1997) Epidemiologia e Antropologia: contribuições para uma abordagem dos aspectos transculturais da depressão. In: Canesqui, A. M. (org.) *Ciências Sociais e Saúde*. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasso, p. 87-109.
- White, K. (1991) The Sociology of Health and Illness. *Current Sociology*, 39(2):1-134.

Parte III

A OPÇÃO PELA CARREIRA MÉDICA

"Muito existe para ser aprendido sobre as linhas de carreira, como elas são concebidas pelos estudantes de medicina e como suas características pessoais e sociais, a escola e outras experiências de treinamento predispoem para levá-los a uma ou outra das muitas direções para as quais um homem de medicina pode caminhar."

HUGHES, E. C. (1956) The Making of a Physician: General Statement of Ideas and Problems. *Human Organization*, 14(4):21-5.